Rok XLII. Kraków 4 Kwietnia 1903. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki pedyatrycznej Prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O czystych hodowlach prątka wrzecionowatego, zarazka wrzodnego zapalenia jamy ustnej.

(Doniesienie tymczasowe).

Podał

Dr. Ksawery Lewkowicz,

asystent kliniki.

Przy wrzodnem zapaleniu jamy ustnej *(stomatitis ulcerosa)* powstają, jak wiadomo, na dziąsłach, języku, wewnętrznej stronie policzków — naloty żółtawo-szare, maziste. Niekiedy sprawa rozprzestrzenia się także na gardło, albo umiejscawia się tylko w gardle, a wtedy mówimy o wrzodnem zapaleniu gardła *(angina ulcerosa)*. W ostatnim przypadku obraz może przypominać błonicę gardła; to też warto być obznajomionym z obrazem mikroskopowym nalotu, ażeby módz na jego podstawie przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe.

Jak wykazały spostrzeżenia Plauta (1894 r.), Bernheima (1898), Vincenta (1898) i innych, naloty przy wrzodnem zapaleniu jamy ustnej i gardła zawierają w przypadkach czystych w ogromnej przewadze dwa drobnoustroje stowarzyszone: prątek wrzecionowaty i cienką spirylę, czy spirochetę, oba odbarwiające się przy sposobie Grama; naloty błonicze zawierają zaś prątki Loefflera, barwiące się dobrze sposobem Grama. Podobny obraz, jak w zapaleniu wrzodnem, spotykamy także w zgorzeli szpitalnej, jak to udowodnił Vincent w roku 1896.

Należy podnieść, że prątek wrzecionowaty i towarzysząca mu spirocheta znane są od czasu badań Millera w r. 1883. Znachodzą się one w każdej jamie ustnej, ale w stanie prawidłowym tylko w małej ilości i prawie wyłącznie pod brzegiem dziąsła. Autorowie niemieccy mówią też o prątkach Millera i spirochetach Millera. We Francyi utarła się niesłusznie nazwa wrzecionowatego prątka Vincenta.

Czystych hodowli ani prątka wrzecionowatego, ani spirochety nikt dotychczas nie otrzymał. Spostrzegano tylko, że w niektórych pożywkach płynnych prątek wrzecionowaty może się rozmnażać, jeżeli się znajduje w towarzystwie innych drobnoustrojów (p. Besson).

Już w moich poprzednich badaniach nad florą jamy ustnej u osesków przekonałem się, że w jamie ustnej drobnoustroje beztlenne (anaerobijne) mogą znaleźć niewątpliwie dogodne warunki rozwoju. I tak włoskowiec policzkowy *(leptothrix)* okazał się beztlenowcem i, jeżeli przedtem nie mógł być otrzymany w hodowli czystej, to tylko dlatego, że nikt nie zastosował przy jamie ustnej sposobów do hodowania beztlenowców, więcej wrażliwych i wymagających.

Okazuje się obecnie, że ta sama okoliczność zachodzi z prątkiem wrzecionowatym. Tu jednak sprawa o tyle jest zawilszą, że prątkowi temu jest, jak się zdaje, bezwarunkowo potrzebną do rozwoju jeszcze obecność surowicy ludzkiej. Prątek wrzecionowaty otrzymałem tylko z jednego przypadku, choć zaraz przy pierwszem sianiu w pięciu osadach. Niestety dalsze przypadki, nadające się do badania, zatem dostatecznie czyste, nie nadarzyły się i nie mogłem na nich potwierdzić moich wyników, a także i zbadanie czystych hodowli nie zostało przeprowadzone w całej rozciągłości. Mimo to nie mając nadziei przeprowadzenia w najbliższym czasie dalszych badań, widzę się zmuszonym do ogłoszenia moich wyników już obecnie.

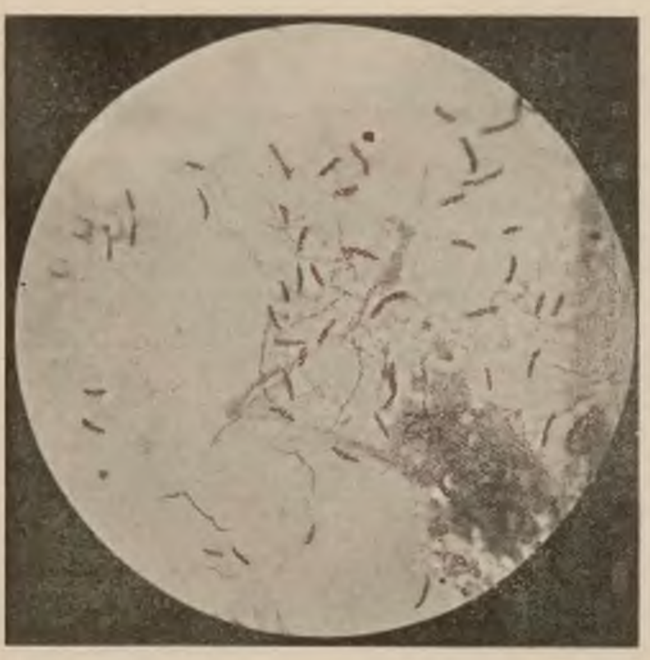
Sposób, który zastosowałem do przeprowadzenia hodowli beztlenowców, podany został przez Veillona. Polega on na robieniu rozcieńczeń w agarze cukrowym w wysokich słupach, wynoszących 8—10 ctm. Po szczegóły tego sposobu i jego wyniki odsyłam do obszernego sprawozdania Rista i do prac tam omówionych Veillona, Hallego, Rista, Guillemota, Cotteta i Tissiera. W zastosowaniu do hodowania prątka wrzecionowatego, który wymaga surowicy, sposób ten wykonuje się, jak następuje:

Około ośm rurek z agarem cukrowym wstawia się do wody i ogrzewa aż do wrzenia i zupełnego rozpuszczenia agaru. Rurki przenosi się następnie do wody o ciepłocie 50 do 55° C. i po paru minutach dodaje do nich $^1/_5$—$^1/_8$ surowicy (moja surowica pochodziła z jamy brzusznej dziecka i zawierała około 4% białka). Szczepienie i rozcieńczenie wykonuje się długą, cienką, wyjałowioną pipetką szklaną, zaopatrzoną na grubszym końcu rurką gumową tak, że wszelkie zabiegi, wysysanie do pipety, wydmuchiwanie można wygodnie przeprowadzić pod kontrolą wzroku. Do pipety nabiera się nieco materyału przeznaczonego do szczepienia, wdmuchuje się go do pierwszej rurki z agarem (przy ciepłocie obecnie około 40—45°), przepłókuje pipetkę parę razy płynnym agarem i wstawia rurkę natychmiast do zimnej wody, aby agar skrzepł. Przepłókując pipetkę w każdej następnej rurce 2—3 razy, otrzymuje się dalsze rozcieńczenia i postępuje z niemi, jak z pierwszemi. Po skrzepnięciu agarów wstawia się je do termostatu.

Rurki ogląda się codziennie przez dłuższy czas, gdyż niektóre osady, mianowicie drobnoustrojów anaerobijnych pojawiają się późno, niekiedy dopiero po kilku dniach. Odosobnione osady można wyłowić, nie naruszając całej hodowli, ani innych osad zapomocą wspomnianej cieniutkiej pipetki i badać mikroskopowo, lub też otrzymać z nich czyste hodowle, szczepiąc do nowych agarów wkłóciem, lub robiąc rozcieńczenia. Osady tlenowców (aerobów) ścisłych pojawiają się tylko w bliskości powierzchni, jest to „zakres aerobiozy“, beztlenowców zaś tylko w głębi: „zakres anaerobiozy“, a tylko

drobnoustrojów fakultatywnych w całej długości pożywki. Granica pomiędzy oboma zakresami jest zwykle bardzo ostra i przebiega na 1 ctm. od powierzchni agaru, lub tylko niewiele głębiej.

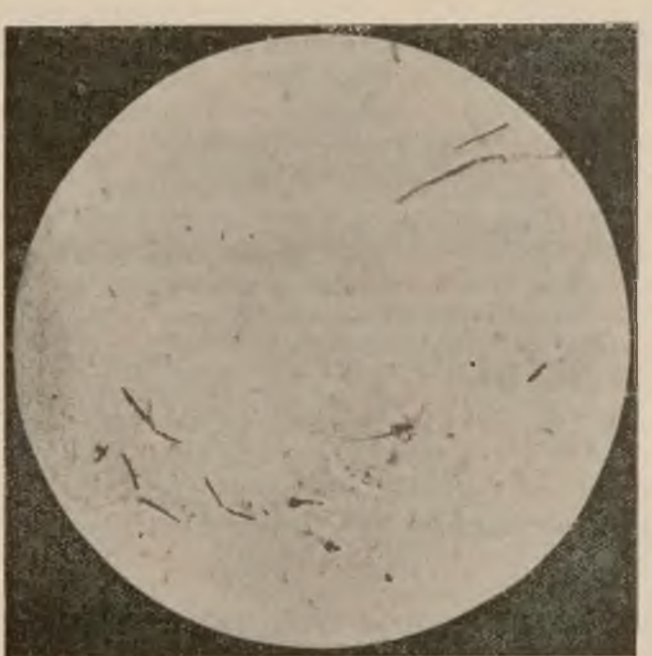
Postępując w ten sposób z nalotem z zapalenia wrzodnego jamy ustnej, otrzymałem po 4 dniach w rurkach od



Fotogram 1.

4-tej do 8-mej, ogółem 8 osad, z tych 5 przypadło na prątek wrzecionowaty. Z tych osad z łatwością otrzymałem hodowle czyste.

Kształt i wielkość prątka wrzecionowatego dostatecznie uwydatniają fotogramy, wykonane w zakładzie weterynaryi prof. Nowaka, w powiększeniu 1000:1. Zaznaczę więc



Fotogram 2.

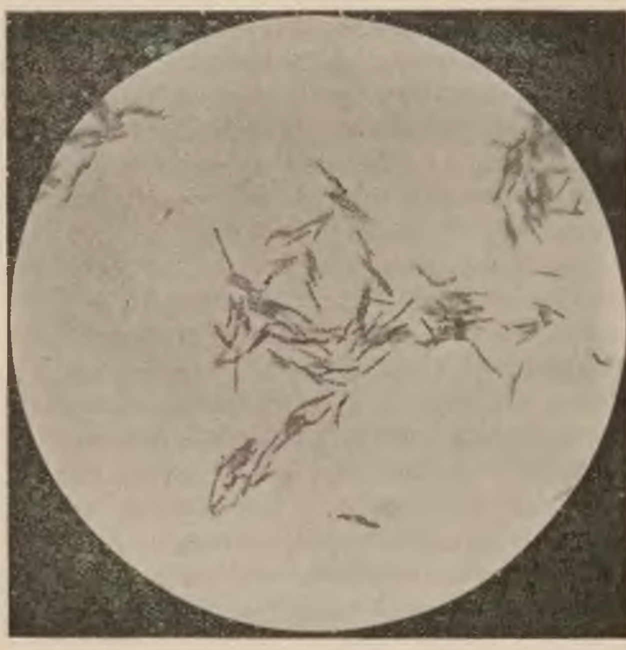
tylko, że prątki o postaci wrzecionowatej przeważają w błonach z jamy ustnej i w hodowlach w głębi agaru cukrowego, zaś w osadach na powierzchni agaru w próżni widzimy przeważnie laseczki o końcach zaokrąglonych.

Barwność prątka wrzecionowatego jest niejednostajna: widzimy miejsca jaśniejsze i ciemniejsze, a niekiedy jakby nakrapiane. Prątek odbarwia się przy sposobie Grama i nie barwi się niebiesko jodem z jodkiem potasu w roczczynie kwaśnym. Nie posiada on własnych ruchów, nie wytwarza zarodników, rośnie tylko przy 37°, nie rośnie zaś w ciepłocie pokojowej i rozwija się jedynie w stosunkach anaerobijnych i tylko w obecności surowicy. Przeszczepialność utrzymuje się w hodowlach do jednego miesiąca.

W agarze głębokim cukrowym z surowicą otrzymujemy w głębi po 2 dniach, względnie do rozcieńczenia, albo jednostajne zmącenie, złożone (mikroskrop) z drobnych osad o średnicy 0,01—0,05 mm., okrągławych, drobnoziarnistych, przeświecających, albo dobrze rozgraniczone osady, mogące następnie wzróść do mas o średnicy 0,20—0,30 mm. guzkowatych, szaro-białawych, mało przeźroczystych.

Szczepiąc wkłóciem, otrzymujemy w głębi smugę szarawą, zatrzymującą się na 1 ctm. pod powierzchnią.

Na powierzchni agaru cukrowego z surowicą udaje się otrzymać w próżni osady, choć z pewną trudnością. Pojawiają się one jako drobne punkciki szarawe po 2 dniach,



Fotogram 3.

a wzrastają następnie, jeżeli są dobrze rozgraniczone, do średnicy 0,5, a nawet 1,25 mm. Są one dosyć znamienne: cieniutkie, szarawe, przeźroczyste, pod mikroskopem okazujące brzeg falisty, bardzo cienki, a powierzchnię porysowaną bardzo delikatnemi żyłkami.

W bulionie cukrowym z surowicą w próżni przez parę dni po zaszczepieniu nie spostrzega się żadnej zmiany; potem nagle pojawia się dość obfity osad kłaczkowaty, a bulion pozostaje czystym.

Mleko czyste i mleko ze surowicą w próżni nie okazywało żadnych zmian.

Wobec tego, że nie otrzymano hodowli w ciepłocie pokojowej, nie próbowano także hodować prątka wrzecionowatego na żelatynie.

Chorobotwórczości na zwierzętach nie zbadano, gdyż niestety hodowle obumarły mimo przeszczepiań w odstępach miesięcznych.

Toby były własności prątka wrzecionowatego w hodowlach, o ile dotychczas zostały zbadane. Trzeba je będzie potwierdzić i uzupełnić dalszemi spostrzeżeniami.

Objaśnienie fotogramów. Powiększenie we wszystkich 1000:1.

1) Nalot z wrzodnego zapalenia jamy ustnej, z przypadku, który posłużył do otrzymania czystych hodowli. Prątek wrzecionowaty i spirocheta.

2) Prątek wrzecionowaty. Hodowla czysta 3-dniowa w agarze głębokim cukrowym ze surowicą.

3) Prątek wrzecionowaty. Hodowla czysta 3 dniowa na powierzchni agaru cukrowego ze surowicą w próżni.

Barwienie 1) fioletem gencyanowym w wodzie alininowej 2) i 3) fuksyną.

Piśmiennictwo. 1) Miller: 1883, przytoczony przez Plauta. — 2) Plaut: Studien zur bakteriellen Diagnostik der Diphtherie und der Anginen (Dtsch. med. Woch. 1894, Nr. 49). — 3) H. Vincent: Sur l'étiologie et sur lésions anatomo-pathologiques de la pourriture l'hôpital. (Ann. de l'Inst. Pasteur, 1896, Nr. 9). — 4) Bernheim: Ueber einen bakteriologischen Befund bei Stomatitis ulcerosa. (Centrblatt für Bakteriologie XXIII, Bd., 5. Heft, 11 Februar, 1898). — 5) H. Vincent: Sur une forme particulière d'angine diphtéroïde (angines à bacilles fusiformes). (Societé méd. des Hôpitaux, 17 mars, 1898). — 6) Lewkowicz: Recherches sur la flore microbienne de la bouche des nourrissons. (Arch. de Méd. expér. 1901, Nr. 4). — 7) Rist: Neue Methoden und neue Ergebnisse im Gebiete der bakteriologischen Untersuchung gangranöser und fötider Eiterungen. (Centrbl. f. Bakt 1901, XXX. Bd. 7. Heft). — 8) Besson: Technique microbiologique et sérothérapique. Paris 1902, pag. 345.

II. O chorobie, uważanej jako neurastenia okresowa, lub jako obłąkanie przemienne (cykliczne) małego stopnia.

Podał

Dr. med. i fil. P. Pręgowski (Heidelberg).

(Ciąg dalszy).

Wreszcie jeszcze jeden objaw podnieść należy w sferze ruchowej, objaw, który uznać należy za wyraz afektów. W stanie płaczliwości i przygnębienia, przy spokoju i zadowolnieniu wewnętrznem, również i w sferze ruchowej ma miejsce spokój. Chód jest powolny. Pacyent mówi pomału, nie wiele i cicho; całe zachowanie się jego jest spokojne. Inaczej rzecz się ma w stanie żądzy działania; wówczas chodzi on prędko, mówi wiele, głośno i prędko, z żywą gestykulacyą, ciągle znajduje się w ruchu. Stanowi niepokoju wewnętrznego i niezadowolnienia towarzyszy podniecenie ruchowe, które atoli jest innego rodzaju, aniżeli to, jakie ma miejsce w stanie żądzy działania. Niema w tym stanie przedewszystkiem tej szybkości i tej sprawności, jak w stanie żądzy działania. Stan, w którym się pacyent znachodzi w okresie I-ym, a po części także i stan marzenia, cechują się spokojem w ruchach dowolnych i tylko znać w nich objawy znużenia, pewną powolność i ospałość. Inna jest znowu sfera ruchowa pacyenta w stanie prawidłowym itd. A więc także i w sferze ruchowej pacyenta spotykamy podobną różnorodność, jaką stwierdziliśmy powyżej w dziedzinie uczuć.

Pozostają nam jeszcze do omówienia zaburzenia w sferze myślowej.

W okresie I-szym, jak to już nadmieniłem, niema znaczniejszych zaburzeń umysłowych. Spostrzeganie, pamięć i inne władze umysłowe nie okazują zmian wybitniejszych; tylko szybkie nużenie się ma miejsce. Zupełnie inaczej rzecz się przedstawia w całym okresie II-gim. Tu występuje wyraźnie osobliwa nieudolność umysłowa. Pacyent spostrzega sam, że podczas II-go okresu znajduje się na niższym o parę stopni poziomie umysłowym, niż podczas stanu prawidłowego.

Przedewszystkiem zwraca na siebie uwagę — zaburzenie w pamięci, wybitne osłabienie tak zdolności zapamiętywania, jak i przypominania. Pacyent doznaje z tego powodu wielu nieprzyjemności. Gdy chce np. komu opowiedzieć jakieś dobrze sobie znane zdarzenie, spostrzega w środku opowiadania, że wielkiej części z tego nie może sobie przypomnieć. Szczególnie silnie jest osłabiona zdolność przypominania słów i nazw. Pacyent jest w stanie zapomnieć imię swego najlepszego przyjaciela, albo gospodarza, u którego od lat paru mieszka. Ba! nawet jest w stanie zapomnieć nazwę stojącego przed nim przedmiotu (np. stołu, lampy itp.). Powtórzenie tytułu znanej sobie dobrze książki, albo powtórzenie przez kogoś wypowiedzianych słów, stanowi dla pacyenta bardzo trudne zadanie. Wszystkie te atoli zapomniane rzeczy przypominają się pacyentowi zaraz, gdy znajduje się w stanie prawidłowym. Odnośnie do liczb nie udało mi się stwierdzić wybitniejszych zaburzeń w przypominaniu Natomiast co do zapamiętywania, to tak nazwy, jakoteż liczby niezwykle trudno zostają zapamiętywane. Pacyent spostrzegał bardzo często np. następujący objaw: jeśli ma coś ważniejszego na myśli i chce to zanotować, to zanim dojdzie do biurka, lub zanim wyjmie swój notes, już ta myśl bez śladu pierzchła z pamięci. Gdy pacyent ma obfitsze zakupno do zrobienia, jest dlań zadaniem bardzo trudnem zachować to wszystko w pamięci. Wszystko, co mu się powie, już po bardzo krótkim czasie nie jest w stanie powtórzyć. Tych wszystkich objawów niema, gdy pacyent znachodzi się w stanie prawidłowym.

W stanie nieprawidłowym (a właściwie w II-gim okresie tego stanu) zdolność pojmowania pacyenta bywa wysoce osłabiona, co okazuje się szczególnie podczas czytania, lub przy słuchaniu n. p. czyjegoś przemówienia, lub wykładu. Pacyent wtedy odnosi znacznie mniej korzyści, aniżeli zwykle to ma miejsce. Zrozumienie jakiegoś zagadnienia wymaga u niego wiele czasu i trudu. Czytając, po większej części czyni to mechanicznie, nie wnikając i nie pojmując treści; a jeżeli chce zgłębić treść, to musi czytać nadzwyczaj powolnie, a niektóre ustępy powtórzyć parokrotnie. Myślenie samorzutne, np. przy rozwiązywaniu pamięciowem jakiegoś zagadnienia, jest niezwykle utrudnione, niejasne, zatarte, przyczem zwraca na siebie uwagę wybitne upośledzenie odczuwania logicznej sprzeczności. Pacyent w tym stanie odrazu czyni wrażenie człowieka o umyśle upośledzonym.

W całym okresie II-gim ma miejsce wybitne obniżenie czynności spostrzegawczej — i to mianowicie w dwóch kierunkach. Z jednej strony pacyent równocześnie spostrzega o wiele mniejszą liczbę przedmiotów, niż zwykle; z drugiej zaś strony spostrzega wogóle bardzo mało, co łatwo można stwierdzić już np. podczas rozmowy z pacyentem. Nie spostrzega on prawie nic z tego, co się dzieje wokoło, pozostaje całkowicie oddany swym myślom i uczuciom i zupełnie zatopiony w pochłaniające go w danej chwili zadania; jest on niejako, że tak powiemy, odcięty od świata zewnętrznego.

W tym kierunku możnaby zmianę, której pacyent w okresie II-gim ulega, oznaczyć w ten sposób, że jest w nim osłabiona bierna zdolnośń przyjmowania bodźców zewnętrznych, a spotęgowane czynne życie wewnętrzne.

Przedstawione wybitne osłabienie zdolności spostrzegawczej, zdaje mi się, wyróżnia istotnie omówione tu stany podniecen od podnieceń czysto maniakalnych.

Czy występuje we wszystkich stanach II-go okresu gonitwa myśli *(Ideenflucht)*, nie mogę o tem nic stanowczego powiedzieć. Pewnem jest w każdym razie, że ta gonitwa myśli nie występuje ani w stanie marzeń, ani w stanach większych wybuchów afektów, ani podczas stanu żądzy działania. Głęboki, długotrwały, wszystko opanowujący charakter afektów nie dopuszcza, o ile sądzę, do wystąpienia gonitwy myśli. Mamy tu raczej do czynienia z pewnem, niejako przymusowem, długiem trwaniem myśli. Atoli zdaje mi się, inaczej rzecz się ma wtedy, gdy niema żadnego większego afektu, t. j. w stanie, w którym pacyent stale się znachodzi, a na tle którego dopiero powstają te, lub inne afekty. Wtedy, zdaje mi się, acz nie miałem sposobności tego stwierdzić — ma miejsce gonitwa myśli.

Oceny pacyenta, o których to już przy sposobności omawiania jego sfery uczuciowej wspomnieliśmy, są przesadne, jednostronne, w superlatywach. Drobnostki, które w danej chwili wywołują w pacyencie silne uczucia, oceniane bywają przez niego, jako doniosłe rzeczy, podczas gdy podstawy przedmiotu niedostatecznie oceniane zostają.

Pacyent przecenia często swoje stanowisko i znaczenie i nie liczy się ze stosunkami i z konkretnymi warunkami, wśród których to lub owo chce przeprowadzić. Całe jego postępowanie i sądzenie nosi w wysokim stopniu charakter podmiotowy, co również przyczynia się do tego, aby pacyenta w tym stanie uważać za umysłowo nieudolnego. Gdy pacyent przychodzi do stanu prawidłowego, zmienia się także i w tym kierunku; przewiduje przeszkody i możliwości, liczy się ze stosunkami, jest więcej przedmiotowy i ostrożniejszy w postępowaniu i ocenianiu, a jednocześnie nie przecenia swoich sił i znaczenia.

III. Rozbiór.

Z tego, co wyżej powiedzieliśmy, wynika, że zmiany w skórze są w całej chorobie punktem wyjścia dla wszystkich innych objawów, przedewszystkiem zaś dla objawów ze strony serca, przewodu pokarmowego, tudzież ze strony sfery psychicznej. Po wystąpieniu zmian w skórze następowały objawy ze strony innych narządów. Doprowadzenie skóry do stanu prawidłowego pociągało za sobą zniknięcie objawów chorobowych. Ten fakt, rozstrzygający o istocie schorzenia i łączący różne, po większej części znane dotąd objawy w jedną dotąd nieznaną całość, został stwierdzony drogą doświadczalną, która przez każdego może być powtórzona. Stwierdzenie bliższego związku między skórą a innymi ważnymi narządami, które nam przedstawia omawiane tu schorzenie, podnosi wielce znaczenie skóry dla ustroju.

W dotychczasowych wywodach przyjmowaliśmy stale z góry, że zmiany, którym ulega skóra, polegają na skurczu skórnych naczyń krwionośnych. Twierdzenie to atoli nie opiera się na bezpośredniem spostrzeganiu. Nie jesteśmy w stanie bezpośrednio spostrzegać aktu kurczenia się naczyń, ani też mierzyć szerokości światła naczyń w obu stanach. Twierdzenie o zmianach światła naczyń jest wnioskiem, wyprowadzonym z niektórych innych bezpośrednich spostrzeżeń, a mianowicie: 1) z opisu objawu dermograficznego, który wskazuje wyraźnie na schorzenie narządu naczyniowego; 2) z dodatniego działania na całe schorzenie środków, rozszerzających skórne naczynia krwionośne, które potwierdza również nasze zapatrywanie; 3) wreszcie z objawu, że skóra, przed chwilą jeszcze różowa, ciepła, elastyczna, wilgotna i pocąca się, staje się nagle blado-zimną, suchą, mało wydzielającą i wiotką; objaw ten nie może inaczej być wytłómaczony, jak na podstawie naszego twierdzenia.

Jasną jest rzeczą, że nie idzie tu o zmiany miejscowe w samych ścianach naczyń skórnych, lecz że gdzieindziej szukać należy przyczyny wzmożonej kurczliwości naczyń skórnych, a mianowicie w nerwowych ośrodkach naczynioruchowych, które za pośrednictwem nerwów zwężających i rozszerzających naczynia wywołują ich rozszerzenie lub zwężenie. Mamy tu więc do czynienia ze schorzeniem ośrodków naczynioruchowych; skurcz naczyń powstaje na drodze odruchowej.

Co się tyczy czynników, pod wpływem których powstaje skurcz naczyń w skórze w naszym przypadku, to zauważyłem głównie dwa: jeden polega na ochłodzeniu skóry; zapomocą tego czynnika łatwo jest czynić doświadczenia z pacyentami dowolnie, wywołując u nich przez ochłodzenie skóry stan nieprawidłowy. Drugim czynnikiem, który także jest w stanie niekiedy wywołać skurcz naczyń są, o ile się nie mylę, bodźce psychiczne, żywsze zainteresowanie się, zajmująca rozmowa itd. Atoli dodać muszę, że ten drugi czynnik wywołuje tylko wtedy skurcz naczyń, jeżeli skóra nie jest odpowiednio ciepło utrzymana. Przy przegrzaniu skóry najsilniejsze nawet bodźce psychiczne nie doprowadzają do skurczu naczyń skórnych, a przeto i do nieprawidłowego stanu pacyenta. Światło powoduje rozszerzenie naczyń, ale czy nie ma w tem li tylko działania ciepła? odpowiedzieć nie umiem.

Na jakiej drodze zmiana, powstająca na skórze, pociąga za sobą zaparcie kurczowe stolca, nie jest mi również wiadomo. Faktem atoli jest, że w lekkich przypadkach omawianego tu schorzenia kurczowego zaparcia stolca niema. Wystąpienie zaś tego zaburzenia dowodzi już cięższego stopnia choroby. Chcę nadto zauważyć, że już przy częściowem działaniu na brzuch, np. dzięki dobrze zrobionym okładom wysychającym, przychodzi do prawidłowych wypróżnień, pomimo, że inne części ciała nie znachodzą się w stanie prawidłowym.

O wiele więcej zawiłą sprawą, aniżeli to ma miejsce przy powstawaniu omówionych zaburzeń ze strony serca i przewodu pokarmowego, jest zrozumienie, w jaki sposób, na jakiej drodze przez zmiany w skórze, to jest przez skurcz naczyń skórnych, powstają tak znaczne zaburzenia psychiczne? Niezawodnie jest to fakt, wysoce zajmujący dla każdego psychiatry, że po zadziałaniu na skórę zupełnie określonego czynnika, jakim jest zimno i po wystąpieniu wskutek tego skurczu naczyń skórnych, powstają określone zaburzenia w sferze umysłowej. Nie może być wątpliwości, że mamy tu do czynienia z łącznikiem przyczynowym, a nie tylko z czasowem i ubocznem następstwem. Nie tylko bowiem spostrzegać można, że psychiczne zaburzenia zawsze pojawiają się, gdy skóra ulegnie zmianie (t. j. gdy nastąpi skurcz naczyń skórnych), a zawsze ustępują, gdy zmiana w skórze zniknie, lecz również zawsze pojawiają się i znikają objawy psychiczne, gdy dowolnie, drogą doświadczeń z ochłodzeniem lub ogrzaniem, wywołamy u pacyenta prawidłowy lub nieprawidłowy stan skurczenia naczyń w skórze.

Łańcuch przyczynowy pomiędzy zmianą w skórze, a przez nią wywołanem zaburzeniem w sferze umysłowej,

o tyle może stać się dla wszystkich niewątpliwym, że każdy lekarz, mający do czynienia z podobnymi pacyentami, może się dzięki badaniu doświadczalnemu sam o tem przekonać. Dla ściślejszej oceny zmian psychicznych, szczególnie zmian w sferze intelektualnej, dobrzeby było poczynić pomiary psychofizyczne. Najwyraźniejszy obraz otrzymamy, jeżeli będziemy robić doświadczenia z pacyentami, posiadającymi opisane schorzenie w bardzo wielkim stopniu. A poznać to łatwo, jeśli już nie ze stanu psychicznego, to ze zbadania podczas stanu nieprawidłowego pacyenta ciepłoty skóry sposobem, opisanym na wstępie tej pracy. Pacyenci, którzy w czasie swego stanu nieprawidłowego mają na całem ciele skórę chłodną, a przedewszystkiem na piersi, jako ulegający schorzeniu w pełnych rozmiarach, nadają się najlepiej do doświadczeń. Drugą radą, jaką w tym kierunku dać pragnę, jest, ażeby pacyent nie znachodził się pod wpływem alkoholu, kawy itp. środków, mogących przeszkodzić w doświadczeniu. Nie należy ochładzać ciała pacyenta przez poddanie go działaniu bardzo wielkiego zimna; odpowiedniej wpływają bodźce słabsze, jak umiarkowany chłód. Przed ochłodzeniem dobrze jest się postarać, aby pacyent był ogrzany i to ciepłem własnem, więc żeby się nieco spocił. Spociwszy się np. w łóżku dzięki ciepłemu przykryciu, niech pacyent zdejmie przykrycie i tak pobędzie chwilę w chłodnym pokoju bez ciepłego odzienia. Lekki powiew wiatru ułatwia rzecz. Przeziębienia obawiać się zbytnio nie trzeba, raz, — że pacyenci ci nie przeziębiają się łatwo; powtóre, że w razie przeziębienia choćby największego, nie dopuścimy do żadnych następstw nieprzyjemnych, jeżeli zastosujemy choćby w 2-gim, a nawet w 3-cim dniu, w odpowiednich zaatakowanych miejscach okłady wysychające, tudzież ogólne przegrzanie i pocenie się ciała. Wprowadziwszy pacyenta w stan nieprawidłowy, możemy przez niedostateczne ogrzanie utrzymywać go w tym stanie dowolny przeciąg czasu; wywoławszy zaś spocenie i utrzymując go w odpowiedniem cieple, sprowadzimy go znowu do stanu prawidłowego. Możeby do tych doświadczeń dobrze było mieć dwa obok siebie znajdujące się pokoje: jeden ogrzany do wysokiego stopnia drugi chłodny i przewiewny. Toby bardzo ułatwić mogło doświadczanie.

Łączące ogniwa, pośrednie w łańcuchu przyczynowym pomiędzy zmianami w skórze a objawami psychicznymi, nie łatwe są do stwierdzenia. Nasuwa się na myśl wiele czynników, które w tym kierunku powinny być wzięte pod uwagę.

Przedewszystkiem zwracają na siebie uwagę zaburzenia w krążeniu krwi, jakie powstać muszą po wystąpieniu skurczu naczyń na tak wielkiej przestrzeni, jaką przedstawia skóra. Jeżeli naczynia mózgowe nie ulegają również skurczowi, to niezawodnie będą następowo rozszerzone wskutek zwężenia naczyń w skórze. Jeżeli zaś w mózgu naczynia również ulegają skurczowi, to to pociągnęłoby za sobą objawy analogiczne do tych, jakie powstają w skórze z powodu złego odżywienia. Zresztą na podstawie wiadomości naszych o naczyniach mózgowych możnaby uczynić przypuszczenie, że tak rozszerzenie, jak i zwężenie naczyń krwionośnych mózgu równocześnie mają miejsce, że mianowicie zbiorniki krwionośne mózgu są przepełnione krwią, gdy od nich wychodzące gałązki naczyniowe do tkanki mózgowej są w stanie skurczu. Badania Schüllera nad wpływem działających na skórę bodźców cieplnych na naczynia opony miękkiej mózgu, miały wykazać, że naczynia w tej błonie po zadziałaniu na skórę zimna rozszerzają się i wypełniają krwią. Istomow i Tarchanow mieli się przekonać na ludziach, że przy działaniu na skórę niektórych czynników powstawało rozszerzenie lub wypełnienie krwią naczyń mózgowych. Że przepełnienie krwią naczyń mózgowych po powstaniu skurczu w naczyniach skórnych zachodzi u naszego pacyenta, za tem, zdaje się, przemawia również następujące spostrzeżenie: nawet przy największem podnieceniu pacyenta następuje pewne jego uspokojenie, gdy obficie zlejemy mu głowę zimną wodą, która zapewne sprowadza zwężenie naczyń mózgowych. Atoli nie jesteśmy w stanie nic o tem trwałego utrzymywać.

Więcej już możemy powiedzieć o drugim czynniku jaki tu uwzględnić należy. Skurcz, występujący w naczyniach skórnych, a zatem zmniejszenie światła naczyń, tudzież zgrubienie ścian naczyniowych, utrudnia niezawodnie krążenie obwodowe w naczyniach. Spieczone wargi, zmniejszone wydzielanie potu itp. wskazują rzeczywiście na obniżenie odżywienia, oraz funkcyi skóry, spowodowane skurczem naczyń Powstać może pytanie, czy stan ten nie pozostaje bez wpływu na cały ustrój, a szczególnie na czynności umysłowe.

W istocie wpływ ten istnieje. Spostrzeżenia, jakie przy sposobności badań tego schorzenia poczyniłem, zupełnie utwierdziły mnie w przekonaniu, że skóra obok innych narządów wydzielniczych, jak nerki, przewód pokarmowy itd., jest bramą, przez którą ustrój pozbywa się niepotrzebnych produktów przemiany materyi. Wydzielnicza czynność skóry jest zresztą udowodniona, choćby przez badania farmakologiczne takimi środkami, jak nikotyna i inne, które przez skórę bywają wydzielane. W zgodzie z tem stoi znany fakt, że każda więcej natężająca praca, czy to cielesna, czy umysłowa, powoduje zwiększone wydzielanie potu. „Praca w pocie czoła", mówimy na oznaczenie natężającej pracy. To znaczenie skóry zasługuje na większą uwagę, niż to dotychczas ma miejsce, tem więcej, że zawiera ono w sobie możliwość posunięcia znacznie naprzód terapii psychiatrycznej. Czy ma tu miejsce bezpośrednie wyparowywanie, czy też inny jaki sposób wydzielania, w to nie chcę tu wchodzić. Słowa „pocenie się", „transpiracya skóry" itd., powinny nam oznaczać czynność wydzielniczą skóry, bez wchodzenia w to, w jaki sposób wydzielanie to dochodzi do skutku. Jeżeli przez skórę zostają wydzielane niektóre wytwory przemiany materyi, to łatwo zrozumieć, że skurcz naczyń skórnych, sprowadzający zmniejszenie ilości krwi w skórze, tudzież ściągnięcie się i zgrubienie ścian naczyniowych, a tem samem utrudnienie krążenia krwi w naczyniach obwodowych, pociąga za sobą niedostateczne wydzielenie z krwi produktów przemiany materyi i w ten sposób doprowadza ustrój do samozakażenia.

Widzieliśmy, że dawniej nasz pacyent, gdy jeszcze nie ulegał w mowie będącej chorobie, zawsze wiele się pocił. Od czasu zaś zachorowania zdolność wydzielania potu bardzo znacznie się zmniejszyła. Widzieliśmy dalej, że obecnie pacyent tylko wtedy się poci dobrze, gdy znachodzi się w stanie prawidłowym, tak cielesnym, jak i psychicznym. Podczas swego stanu nieprawidłowego pacyent nie poci się wcale, choćby wykonywał najcięższą pracę fizyczną lub umysłową.

Spostrzeżenia te, stale się sprawdzające, stwierdzają, że zaburzenie wydzielin potu, tudzież zaburzenie w sferze psychicznej, stale sobie towarzyszą i pozostają ze sobą w bliższym związku wewnętrznym. Charakter tego związku można sobie przedstawić w trojaki sposób: 1) albo zaburzenia w poceniu się są przyczyną zaburzeń umysłowych; 2) albo odwrotnie, zaburzenia umysłowe prowadzą do zmniejszenia się pocenia skóry; albo wreszcie 3) ani jedno. ani drugie nie zachodzi, lecz oba rodzaje zaburzeń są spowodowane przez coś trzeciego, np. przez skurcz naczyń w skórze, nie pozostając ze sobą w żadnym związku przyczynowym.

Widzieliśmy dalej, że każdorazowe wystąpienie skurczu w naczyniach skóry obniżało z jednej strony pocenie się pacyenta, z drugiej zaś wywoływało zaburzenia umysłowe. Każdorazowy powrót naczyń skórnych do normy miał ten skutek, że z jednej strony powracały prawidłowe poty, a z drugiej ustępowały zaburzenia umysłowe. Jeżeli fakt ten jeszcze nie całkowicie wykazuje, że zmniejszone pocenie się skóry jest przyczyną zaburzeń w sferze psychicznej, to za to, zdaje się, dowodzi niezbicie, że rzecz nie ma się odwrotnie, t. j. że nie zaburzenia psychiczne (jak wzmożone życie uczuciowe, podniecenie umysłowo-ruchowe i t. d.) są przyczyną zmniejszonego wydzielania skóry. Zresztą po podnieceniu umysłowem oczekiwaćby raczej należało podniesienia wydzieliny skórnej.

Widzieliśmy wreszcie, że pacyent, który przez szereg godzin, nawet dni ulegał skurczowi naczyń skórnych i zmniejszeniu wydzieliny skórnej, tudzież wybitnym zaburzeniom umysłowym (np. wielka niezdolność do pracy), zostaje sprowadzony do normy i staje się zdolnym na większą liczbę godzin do pracy *(leistungsfähig)*, gdy się silnie spoci przez 5—10 minut, poczem zaraz nastąpi znowu skurcz naczyń skórnych. Faktu tego nie można wyjaśnić w ten sposób, że skurcz naczyń nie drogą zmniejszenia wydzielania się potu, lecz w inny jakiś sposób wywołuje zaburzenia w sferze umysłowej. Te inne czynniki, któreby tu uwzględnić można było, a które, będąc wywołane przez skurcz naczyń skórnych, mogą sprowadzić zaburzenia umysłowe, są następujące: 1) wspomniane już zaburzenia w krwiobiegu; 2) przeładowanie krwi CO_2; wreszcie 3) skurcz kiszki grubej i wywołane przezeń zaparcie kurczowe stolca wraz z zatrzymaniem wiatrów. Innych czynników, któreby w tym kierunku mogły grać jakąkolwiek rolę, nie widzę.

Możnaby więc powiedzieć, że taki dodatni dla życia umysłowego stan pocenia się pacyenta jest niczem innem, jak ustąpieniem zaburzeń w krwiobiegu śródczaszkowym, zniknięciem zaburzeń w przewodzie pokarmowym, a wreszcie prawidłowym stosunkiem ilości CO_2 we krwi, co wszystko występuje wraz ze zniknięciem skurczu w naczyniach skóry. Możnaby powiedzieć, że li tylko te czynniki, bez najmniejszego wpływu ze strony zmian w poceniu się skóry, grają rolę w wywoływaniu zmian w sferze umysłowej. Tłómaczenie to atoli upaść musi wobec faktu, że, jak to wspomnieliśmy, pocenie się trwało 5—10 minut, gdy stan psychiczny, szczególnie zaś zdolność do pracy, polepszały się na cały szereg godzin. W tym tak krótkim przeciągu czasu nie przychodzi ani do znaczniejszego wyrównania stosunku CO_2 we krwi, ani tem mniej do oddania stolca lub wiatrów. Zaburzenia zaś w krążeniu mózgowem po tych kilku minutach zjawiają się znowu wskutek skurczu naczyń skórnych, a mimo to stan psychiczny, a szczególnie zdolność do pracy, trwa dalej przez dłuższy czas i prawidłowo.

Przedstawiony fakt wskazuje na to, że zmniejszone wydzielanie potu jest jednym z najważniejszych czynników i jednem z ogniw w przyczynowym łańcuchu, jaki zachodzi między wystąpieniem skurczu naczyń w skórze, a zaburzeniem w sferze psychicznej. Nie chcę atoli przez to utrzymywać, że inne wspomniane czynniki żadnej nie odgrywają roli. Owszem, zdaje mi się, że w wywołaniu zaburzeń psychicznych współdziałają w wysokim stopniu również zaburzenia w krwiobiegu. Niemniej możliwem jest, że długotrwałe kurczowe zatrzymanie stolca i wiatrów nie pozostaje bez wpływu na czynności umysłowe

Na podstawie przytoczonych rozważeń łatwo będzie zrozumieć fakt, że obfite poty okazały się u naszego pacyenta jednym z najskuteczniejszych środków w zwalczaniu powstających w tem schorzeniu objawów psychicznych, a przedewszystkiem zmian głębszych i trwałych w organizacyi umysłowej. Tylko dzięki częstemu poceniu się, długiemu spaniu i codziennemu sprowadzaniu stolca udało mi się sprowadzić pacyenta ze stanu całkowitej zatraty woli, zupełnej niezdolności do pracy itp. głębszych zmian w organizacyi psychofizycznej, ze stanu, w którym 2-gi, niżej przedstawiony pacyent jeszcze teraz się znajduje, do stanu obecnego, w którym pacyent pozbył się zupełnie tych zmian głębszych, uniemożebniających mu życie prawidłowe. Pobudzenie potów, jak to już nadmieniłem, staram się wywołać także w świeżo powstałych zaburzeniach psychicznych. Każde podniecenie i afekt, stany płaczliwości i marzenia, podobnie jak i stan żądzy działania, natychmiast znikają, jak to już parokrotnie nadmieniałem, po obfitem spoceniu się. To terapeutyczne działanie jest nowym dowodem, że samozakażenie wskutek zmniejszonego pocenia się skóry ma tu miejsce Z tego punktu wyjścia, zrozumiałem będzie dodatnie działanie wprowadzonego przez Kraepelina do terapii psychiatrycznej stosowania długotrwałych kąpieli gorących, jak również zrozumiałą się stanie droga, na której działanie dodatnie tych kąpieli ma miejsce. Również zrozumiałem będzie dodatnie działanie innego Kraepelinowskiego zabiegu: mokrych zawijań, które zastósowane 2—3-krotnie (co 2—3 godziny) usuwają nawet najgwałtowniejsze podniecenia „katatoników“. Dodatni skutek tych zabiegów empirycznych z jednej strony popiera nasze twierdzenie o doniosłości pocenia się, z drugiej zaś zabiegi te w wywodach niniejszych otrzymują teoretyczne uzasadnienie. Dwa twierdzenia, do przyjęcia których zmusza mnie rozbiór omawianej tu choroby, t. j. że 1) przez skórę zostają wydzielane różne, znajdujące się w krwi substancye, tudzież że 2) zmniejszone poty pociągają za sobą niektóre zaburzenia psychiczne, te dwa twierdzenia, według mego przekonania, stanowią podstawę dla dalszego rozwoju psychiatrycznej terapii.

Wreszcie, by podnieść znaczenie pocenia się, przytoczę kilka innych spostrzeżeń, według których poty pozostają w ścisłym związku ze snem. Pacyent potrzebuje, aby czuć się umysłowo jako tako, bardzo długiego snu, 10 do 11 godzin na dobę. Jeżeli pacyent przebudzi się o jakie 2—3 godziny wcześniej, niż jest dla niego niezbędne, to przez obfite spocenie się może zastąpić te brakujące 2—3 godziny snu. Dzięki temu spoceniu się czuje się on równie dobrze, jak gdyby te 2—3 godziny przespał. To samo ma

miejsce w tym przypadku, gdy pacyent znachodzi się w wielkiem podnieceniem. Wtedy bądź przespanie się, jeżeli się mu uda zasnąć, bądź też obfite spocenie się, sprowadza go do stanu prawidłowego. Można łatwo stwierdzić, że, gdy się jest podnieconym i nie jest się w stanie pomimo znużenia zasnąć, wtedy lekkie spocenie się sprowadza uspokojenie i potrzebę snu. Można się jednak dalej przekonać, że dalsze, obfitsze spocenie usuwa tak znużenie, jak i potrzebę snu, nie powodując atoli niepokoju i podniecenia, którymby można było ten skutek przypisać. Sen i wzmożone pocenie się skóry wywierają na pacyenta podobny wpływ. Z tem pozostaje w zgodzie znany ogółowi fakt, że po spędzonej np. na tańcu nocy, w ciepłem mieszkaniu, gdzie miało miejsce obfite pocenie się, funkcye duchowe przez następny cały dzień prawie wcale nie zostają obniżone, tudzież niema odpowiednio zwiększonej potrzeby dłuższego snu nocy następnej. To byłoby niemożliwem po nocy, spędzonej wśród zimna. Możnaby tu bez wątpienia wskazać na obfite używanie w podobnych przypadkach kawy, czy herbaty, lub cygar. Ale: 1) kofeina i nikotyna nie są w stanie wywołać tak silnego i trwałego wpływu: pomimo ich użycia powstaje po pewnym czasie znużenie. 2) Oprócz kofeiny wszak bywa również w podobnych okolicznościach obficie używany alkohol. 3) Znam wielu — (i sam do nich należę), — którzy w podobnych przypadkach nie używają ani kofeiny, ani nikotyny, natomiast często posługują się wywołującym sen i znużenie alkoholem, a mimo to nie czują następnego dnia po takiej nieprzespanej nocy żadnego osłabienia funkcyj umysłowych, tudzież następnej nocy nie doznają wzmożonej potrzeby dłuższego snu, aczkolwiek zwykle są bardzo wrażliwi na niedostateczne wyspanie się.

Ostatnie słowo w omawianej tu sprawie znaczenia potów należy, rozumie się, do badań fizyologiczno-chemicznych nad potną wydzieliną gruczołów skóry, tudzież ewentualnie do badań doświadczalnych nad działaniem na ustrój substancyj, otrzymanych z potu.

Obok zaburzeń w krążeniu, tudzież w poceniu się skóry, jako czynników, ujemnie wpływających na sferę psychiczną, wymieniliśmy również występującą często „żylność“ krwi. Na pewną większą uwagę w tym kierunku zasługuje również kurczowe zaparcie stolca wraz z towarzyszącem mu zupełnem zatrzymaniem wiatrów. Trudno atoli powiedzieć o tem coś bliższego. Aby doprowadzić do końca przegląd czynników szkodliwych, które wywierają wpływ na sferę psychiczną, muszę jeszcze wymienić jeden: jest nim niedokrewność, której powstanie zrozumieć nietrudno wobec takich ciągłych zaburzeń, jakim ulega krążenie. Kwasowi moczowemu, występującemu w moczu pacyenta podczas stanu nieprawidłowego, nie jestem skłonny przypisywać jakiegokolwiek znaczenia etyologicznego. Zwiększenie ilości kwasu moczowego wydaje mi się nie być przyczyną, lecz następstwem. Podobnie jak inne objawy, taksamo i ową zmianę w moczu wywoływałem i usuwałem w moich doświadczeniach przez wprowadzenie skóry pacyenta w ten lub w inny stan. Przytem dodać muszę, że pierwszy mocz, otrzymany po wprowadzeniu skóry w stan skurczu naczyń, nie zawierał zwiększonej ilości kwasu moczowego. Tylko po pewnym czasie, szczególnie gdy pacyent był bardzo podniecony, wzrastała ilość kwasu moczowego.

Byłoby niezawodnie rzeczą zajmującą dowiedzieć się, jakie zaburzenia umysłowe wywołuje każdy z omówionych czynników szkodliwych. Jeśli wolno wypowiedzieć w tym kierunku przypuszczenie, to na podstawie analizy tego schorzenia pozostało we mnie wrażenie, że przedewszystkiem te objawy, które nazwaliśmy głębszemi i trwałemi zmianami w organizacyi umysłowej, a które są charakterystyczne dla wczesnego zniedołężnienia umysłowego, *(dementia praecox)*, wywoływane bywają przez substancye, niewydzielone dostatecznie przez poty, a pochodzące z przemiany materyi. Przypuszczenie to nasuwa inne, a mianowicie, że jadem, w którym domyśla się Kraepelin przyczyny wczesnego zniedołężnienia umysłowego *(dementia praecox)*, są substancye, pozostające w ustroju wskutek niewydzielenia ich przez skórę, a pochodzące z przemiany materyi.

Do objawów, stale spotykanych we wczesnem zniedołężnieniu *(dementia praecox)*, które stwierdziłem i opisałem w historyi choroby pierwszego, tudzież drugiego chorego (p. niżej), w typowych, a przytem starszych przypadkach omawianego tu schorzenia zaliczam: napięcie mięśni, wzmożone wydzielanie śliny, grymasy w twarzy *(Gesichtsschneiden)*, brak poczucia znużenia mięśniowego, bezmyślne uśmiechy, patos nienaturalny w mowie, zupełny zanik zdolności do wszelkiego początkowania, zupełny brak chęci do pracy, niedorzeczne uwagi lub postępki, wzrastające zobojętnienie ogólne, nieprawidłowości w sferze płciowej, duch przeczenia, wielomówność, a wreszcie sinica.

Stanowcze rozstrzygnięcie stosunku, zachodzącego między omawianem tu schorzeniem, a psychozą wczesnego zniedołężnienia umysłowego *(dementia praecox)* należy do przyszłości. Szczegółowa analiza tego schorzenia nasuwa natomiast wątpliwość, czy je uważać należy za słaby stopień innej psychozy, mianowicie obłąkania przemiennego (cyklicznego, *manisch-depressives Irresein* Kraepelina, „*Cyclothymia*“ Kahlbauma i Heckera). Gdyby zaliczenie tego schorzenia do t. zw. obłąkania przemiennego (cyklicznego) było słuszne, wynikałby z tego z całą koniecznością logiczną wniosek, że obłąkanie przemienne nie jest samoistną jednostką chorobową, lecz jednem z następstw schorzenia narządu ruchowo-naczyniowego, jest tylko jednym z objawów innej jednostki chorobowej. Zresztą dokładna analiza zaburzeń umysłowych, występujących w schorzeniu omawianem, wykazuje cechy, różniące te zaburzenia od objawów umysłowych obłąkania przemiennego (cyklicznego). Różnice te są następujące: 1) wyliczone co dopiero cechy są charakterystyczne nie dla obłąkania przemiennego, jak go przedstawiają Kahlbaum i Kraepelin, lecz raczej, jak powiedzieliśmy, dla wczesnego zniedołężnienia umysłowego *(dementia praecox)*; 2) Jak wiadomo, uczuciowe oddziaływanie u chorych na obłąkanie przemienne nie zależy od jakości działających na chorego wydarzeń zewnętrznych. Chorzy znajdują się stale w usposobieniu bądź wesołem, bądź smutnem, niezależnie od zdarzeń zewnętrznych. Sfera uczuciowa naszych pacyentów jest istotnie odmienną. Oddziaływanie ich na zewnętrzne wydarzenia jakościowo nie różni się wcale od oddziaływania ludzi prawidłowych, a więc jest w zupełnej zależności od jakości i charakteru tych wydarzeń, lecz ilościowo jest znacznie spotęgowane i przesadne. Wydarzenia nieprzyjemne wywołują w pacyentach afekty przykre; przyjemne zaś wprawiają w przesadny afekt zadowolnienia i radości. Z jednego afektu pacyent może być wprawiony przez odpowiedni bodziec w afekt wprost przeciwny. Ten

charakter i siła afektów odróżnia istotnie opisane zaburzenia psychiczne od objawów psychozy przemiennej (cyrkularnej). 3) Stan marzeń i skłonność do nich, tak wybitna wśród objawów psychicznych w tem schorzeniu, również odróżnia je od obłąkania przemiennego; 4) a wreszcie w sferze intelektualnej naszych pacyentów, tak w stanach pognębienia, jak niemniej w stanach podniecenia, występują wybitne zaburzenia, w pierwszym rzędzie znaczne osłabienie zdolności spostrzegania, pamięci i oderwanego myślenia, co wszystko w takim stopniu niema miejsca w obłąkaniu przemiennem (cyklicznem), a szczególnie w jego stanach podniecenia.

Bezwątpienia zaburzenia umysłowe w omawianem schorzeniu mają wiele cech wspólnych z obłąkaniem przemiennem, a przedewszystkiem zmienność w występowaniu objawów, spotęgowane życie uczuciowe, także niektóre wspólne objawy, jak np. żądza działania i czasem występujące czysto obłędowe podniecenie. To podobieństwo między temi zaburzeniami wzięto, jak to się często dzieje, za identyczną tożsamość.

Byłoby rzeczą wielce zajmującą poznanie stosunku, zachodzącego pomiędzy tu opisanem schorzeniem a neurastenią. W tym kierunku wyraził swoje zapatrywanie Scheiber w pracy o neurastenii okresowej *(Archiv f. Psychiaetri und Nervenkrankheiten 34, B. Heft 1)* w sposób następujący: „możliwem jest, że neurastenia jest członem (*Glied)*. lub początkowym okresem różnych nerwic i psychoz". To przypuszczenie Scheibera podzielam. Zdaje mi się mianowicie, że punktem wyjścia dla objawów neurastenicznych jest również schorzenie narządu naczynio-ruchowego, zmniejszona zdolność do rozkurczania się, atoli bez tej zależnej od zewnętrznych warunków zmienności pomiędzy stanem zupełnie prawidłowego rozkurczenia naczyń, a stanem wielkiego ich skurczu, jaka ma miejsce w opisywanem przez nas schorzeniu. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. M. Bresgen: **Aerztliche Fortbildungs-Vorlesungen.** *(Halle. C. Marhold 1903).*

Mamy przed sobą szereg bardzo zajmujących rozpraw autora, który od kilkudziesięciu lat pracuje naukowo w swym zawodzie i posiada obok rozległego doświadczenia klinicznego dar żywego i trafnego przedstawienia sprawy. Praca, o której zamierzyliśmy parę słów powiedzieć, rozpada na 6 części, a mianowicie: 1) sprawy chorobowe ostre i 2) przewlekłe nosa, 3) i 4) gardła, 5) i 6) krtani i tchawicy. Oprócz spraw pierwotnych omawia autor także cierpienia następowe, towarzyszące ostrym i przewlekłym chorobom zakaźnym, oraz nowotwory wyżej wymienionych narządów. Wskazuje on na doniosłe znaczenie tych chorób i kreśli poglądowy obraz ogólnych i miejscowych ich przyczyn, ich objawów i sposobów ich leczenia. Pod względem etyologicznym zaniedbanie nieżytu rzeżączkowego nosa u noworodków zasługuje, zdaniem autora, na uwzględnienie jako przyczyna „ozeny". Na poparcie tego zapatrywania przytacza B. fakt, że chorobę tę napotyka się często u dzieci, cierpiących od urodzenia na ropienie w nosie, prawdopodobnie pochodzenia rzeżączkowego. Sprawy kiłowe napotyka się dla tego tak często w nosie, gdyż krążący we krwi jad kiłowy znajduje w przewlekłym nieżycie nosa podatną glebę dla swego usadowienia się i rozwoju. Wogóle B. przypisuje przewlekłemu zapaleniu nosa bardzo rozległe znaczenie przyczynowe dla wielu spraw chorobowych górnych dróg oddechowych i ogólnych.

Leczenie wymaga w pierwszym rzędzie uwzględnienia ogólnego stanu zdrowia, usiłowań zapobiegawczych i higienicznych i dopiero w drugim rzędzie środków i sposobów miejscowych. W celu usunięcia przerosłych migdałków gardlanych posługuje się B z upodobaniem ostrą łyżeczką Trautmanna. Żeby się dziecko nie trwożyło krwią wykrztuszaną, poleca autor nie przeszkadzać dziecku po operacyi krew połykać.

Nakoniec radzi autor starać się przez wspólne działanie lekarza domowego i specyalisty zwalczać szkodliwe współzawodnictwo partaczów i odzyskać dla naszego stanu należne mu wpływ i stanowisko.

Wydanie książki jest ozdobne i godne znanej firmy wydawniczej. *Spira.*

IV. Wyciągi.

Wassermann. **Biologiczna dzielność ustroju przy sztucznem żywieniu osesków w przeciwstawieniu do odżywiania pokarmem macierzyńskim.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 1, 1903). Surowica królika, któremu zastrzykiwano mleko krowie, strąca istoty białkowate tylko w mleku krowiem; surowica zaś królika, któremu zastrzykiwano mleko kobiece, tylko w mleku kobiecem. Istoty więc białkowate w obu tych mlekach nie są identyczne, nie mogą przeto jednakowo działać na ustrój oseska. Mleko kobiece jest niejako dalszym ciągiem żywienia łożyskowego; dowóz istot pożywnych jest takisam, jaki był w łonie matki, gdy tymczasem mleko krowie jest dla dziecka pokarmem obcym. Według Heubnera z dzieci w pierwszych miesiącach życia, dostających jednakową ilość kaloryj pokarmu, rozwijają się lepiej te, które dostają pokarm naturalny. Ponieważ istoty białkowate są inne w mleku krowiem, niż w kobiecem, dlatego ustrój dziecka przy sztucznem karmieniu musi je naprzód przerobić na odpowiednie, zdatne do przyswojenia, a uskutecznia to zapomocą wytworzenia pewnej ilości odpowiednich fermentów. Praca więc ustroju dziecka sztucznie karmionego jest większą od pracy oseska, karmionego mlekiem kobiecem, bo ten ostatni dostaje już pokarm zdatny do przyswojenia. Dlatego dzieci w pierwszych miesiącach życia, dalej — dzieci niedonoszone, słabo rozwinięte, ponieważ posiadają bardzo skąpą zdolność wytwarzania odpowiednich fermentów, powinny dostawać pokarm naturalny, t. j. mleko kobiece, aby praca ich ustroju była jak najmniejsza; dzieci zaś starsze, dobrze rozwinięte, mogą bez szkody dostawać pokarm sztuczny, bo posiadają dosyć odpowiednich fermentów, które zamienią istoty białkowate mleka krowiego na odpowiednie do przyswajania i zwiększona ta praca nie będzie dla ich ustroju szkodliwą. *P.*

Jaenicke. **Przyczynek do leczenia spraw posokowatych śródżylnem wstrzykiwaniem kolargolu.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1903. Nr. 6). Poród przeciągał się i został zakończony nacięciami brzegów ujścia zewnętrznego i kleszczami. Przez 8 dni połóg był prawidłowy; dziewiątego dnia wystąpiło podniesienie ciepłoty i dreszcze: rozwinęło się ostre zapalenie tkanki łącznej przymacicznej po prawej stronie, które opierało się wszelkiemu leczeniu. Przyłączyło się ograniczone zapalenie otrzewnej ze wszystkimi typowymi objawami. Chorą miano za straconą; w 10 dni po wystąpieniu gorączki wstrzyknął autor 8 ctm.^{3} jałowego roztworu *argentum colloidale* Crédego do powierzchownej żyły prawego zgięcia łokciowego. Po dwóch godzinach wystąpiły dreszcze, gorączka (40·2°) i naciek zapalny aż do pępka; następnego dnia nieznaczne obniżenie ciepłoty, która trzeciego dnia spadła do 36°. Wypocina się zmniejszyła w $4^1/_2$ dniach, wystąpił tylko zakrzep żyły na kończynie dolnej prawej, którego objawy w krótkim czasie ustąpiły. Wynik więc w tym przypadku był wprost zadziwiający: w 18 dni po wstrzyknięciu ustąpił zupełnie naciek zapalny, nie nastąpiło żadne przebicie ani do kiszki stolcowej, ani do pochwy, ani też do pęcherza. Był tylko ból znaczny w miejscu wstrzyknięcia, który autor tłómaczy tem, iż wskutek niespokojnego zachowania się chorej zapewne dostało się nieco tego roztworu także pod skórę. *B. Żmigród.*

Rost. **Czy kwas borowy i boraks są bezskuteczne i nieszkodliwe dla ustroju?** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 7 i 8). Autor, polemizując z prof. Liebreichem, dochodzi na podstawie doświadczeń własnych i innych autorów do następujących wniosków: 1. Połączenia borowe wywołują u zwierząt pod pewnymi warunkami wymioty. 2. Rozwolnienie jest typowym objawem skutków połączeń borowych u zwierząt, dlatego należy ró-

wnież liczyć się z możliwością wywołania rozwolnienia u człowieka. 3. Połączenia borowe wywierają w doświadczeniach na ludziach i zwierzętach wpływ obniżający wyzyskanie pokarmów. 4. Ubytek na wadze, spostrzegany tak u zwierząt, jak u ludzi, jest następstwem zażywania kwasu borowego i boraksu. 5. Wydzielanie połączeń borowych przez ciało ludzkie następuje tak powoli, że musimy się liczyć z ich nagromadzeniem w ustroju. A zatem zupełnie uzasadnione jest twierdzenie, że kwas borowy i boraks farmakologicznie nie są istotami obojętnemi, co i inni autorowie potwierdzają. Natomiast zapatrywanie Liebreicha, „że boraks i kwas borowy należy uznać za pożyteczne dla ustroju ludzkiego“ nie znajduje żadnego poparcia. *Dr. Fels.*

Perutz. **Uwaga, dotycząca prac nad zachowaniem się ciałek białych krwi w ropieniach, a szczególniej w ropniach wątroby.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 2, 1903). Autor zwraca uwagę na to, że już przed Curschmannem w r. 1900 Boinet zrobił spostrzeżenie, iż w przebiegu różnych ropień w ustroju, a szczególnie w ropieniach wątroby, powstaje zwiększenie się ciałek białych krwi, jakoteż znaczenie rozpoznawcze leukocytozy. *B. Żmigród.*

Prof. Sultan. **Orzeczenia wobec przepuklin podbrzusznych.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 5). Autor zajmuje się sprawą rozpoznania przepukliny, powstałej z powodu wypadku i dochodzi do następujących wniosków: Przepuklinę należy odnieść do wypadku tylko wtedy, 1) jeśli rzeczywiście zdarzył się wypadek, lub też nastąpiło natężenie, przekraczające zwykłą miarę pracy i wzmagające równocześnie ciśnienie śródbrzuszne; 2) jeśli z dochodzeń urzędowych wynika, że przedtem w tem miejscu przepukliny nie było; 3) jeśli rzekome wystąpienie przepukliny połączone było z bardzo gwałtownymi bólami, zniewalającymi osobnika do zaprzestania pracy i jeśli lekarz natychmiast wezwany mógł również stwierazić silną bolesność przy ucisku; 4) przepuklina powstała z powodu wypadku znajduje się bardzo często jeszcze śród przewodu pachwinowego, bywa zwykle małą i tylko wyjątkowo przekracza wielkość cytryny. Następstwa przedarcia w obrębie przewodu pachwinowego tylko bardzo rzadko już zewnętrznie można rozpoznać z obrzmienia lub podbiegnięcia krwawego. Natomiast istniejąca skłonność do przepukliny (*Bruchanlage*) w innem miejscu i możność lekkiego lub ciężkiego odprowadzenia przepukliny nie mogą ułatwić orzeczenia, czy przepuklina powstała z powodu wypadku. *Dr. Fels.*

Mueller. **Przeprowadzenie porodu przy miednicy ścieśnionej.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 6, 1903). Przebieg porodu zależy nietylko od ścieśnienia miednicy, ale także od wielkości i podatności główki, od siły bólów porodowych i podatności części miękkich. Czy główka przejdzie przez miednicę ścieśnioną, możemy tylko w przybliżeniu ocenić na podstawie badania i robionych pomiarów; daleko dokładniej da się to rozstrzygnąć, jeżeli podczas badania wewnętrznego ktoś drugi będzie wgniatał główkę do wchodu; wtenczas możemy rozpoznać, jak dużo koło główki jest miejsca, względnie jak duży kawałek główki jest nad wchodem. Kobietom w ciąży, mającym miednice ścieśnione, należy podawać za radą Prochownika przeważnie pokarmy mięsne, a mało płynów i węglowodanów: skutkiem takiego żywienia płody mają być szczuplejsze, a kości ich główek miększe, a więc i podatniejsze. Przy porodzie ze ścieśnioną miednicą u pierwiastki musimy zawsze postępować wyczekująco, bo nie wiemy, jak będzie przebiegał; inaczej u wieloródek. Jeżeli poród pierwszy zakończył się śmiercią płodu, to można sprowadzić poród przedwczesny. Czas wywołania porodu zależeć będzie od poszczególnego przypadku; miarą będzie znowu wciskanie główki do wchodu; próbę tę należy często powtarzać. Poród przedwczesny najlepiej sprowadzać zapomocą balonów lub rozszerzadeł metalowych, a to dlatego, że przy innych sposobach czas trwania porodu jest nieraz bardzo długi, co niekorzystnie wpływa na dziecko. Podczas rozpoczętego porodu pozostaje albo „obrót profilaktyczny“, albo kleszcze wysokie. Pierwszeństwo daje autor obrotowi, — naturalnie, jeżeli są warunki po temu, — jako mniej niebezpiecznemu dla matki. Kleszcze wysokie, wymagające znacznie większej wprawy, mogą sprowadzić zranienie macicy i niebezpieczne zgniecenia główki. Obrót zaleca się szczególnie lekarzom praktycznym, którzy nie mogą tyle czasu tracić przy rodzącej, ile wymaga poród ze ścieśnioną miednicą, czekając aż będzie wskazanie do założenia kleszczy wysokich. W przypadkach, w których nie robiono obrotu i kleszczy wysokich nie można zakładać, a jest wskazanie do rozwiązania, należy wykonać cięcie łonowe, lub cięcie cesarskie, jeżeli chodzi o wydobycie płodu żywego. Cięcie łonowe ze względu na następstwa i niepewne rozwiązanie jest zabiegiem niebezpiecznym, dlatego wykonuje się je tylko bardzo wyjątkowo. Jeżeli się już ma robić cięcie łonowe, to lepiej jest zamiast przecinać samo spojenie łonowe, przepiłować piłeczką Gigliego z boku kość łonową; przez to usuwa się niebezpieczeństwo złego gojenia się spojenia łonowego. Co do cięcia cesarskiego, to należy je wykonywać tylko za zgodą i na życzenie rodzącej i to nie w domu prywatnym, ale tylko w odpowiednim zakładzie, klinice lub szpitalu. *P.*

Kroemer. **Badania nad zagnieżdżeniem się jaja w trąbce.** (*Archiv für Gyn.* tom 68, zeszyt 1, 1903). Sprawa ta, która szczególnie w ostatnich czasach była przedmiotem bardzo częstych i dokładnych badań mikroskopowych i roztrząsań teoretycznych, jeszcze dotychczas nie została rozstrzygniętą. W szczególności idzie o to, czy zagnieżdżenie się zapłodnionego jajka i rozwój jego w trąbce odpowiada w zupełności temu samemu procesowi w macicy. Podczas gdy jedni uważają oba te stany jako analogiczne aż do najdrobniejszych szczegółów budowy, inni mają je za sprawy zupełnie od siebie różne. Tworzenie się błony doczesnej prawdziwej w trąbce przy usadowieniu się tamże jaja, do niedawna jeszcze zaprzeczane przez niektórych, zdaje się dzisiaj nie ulegać wątpliwości. W celu wyjaśnienia tych stosunków badał autor histologicznie 10 przypadków ciąży trąbkowej i zauważył, że zagnieżdżenie się jajka w trąbce odbywa się w tensam sposób, jak w macicy, według prawideł fizyologicznych. Zmiany zaś, występujące w dalszym rozwoju, należy tłómaczyć budową ścian trąbki, nie nadającą się wcale do przyjęcia zapłodnionego jajka. Podobnie, jak w macicy dostaje się jajko przez rozpulchnioną błonę śluzową do głębszych warstw, t. j. w trąbce do warstwy mięśniowej tak, że jajo zostaje istotnie ze wszystkich stron zupełnie osłonięte. Zwykle osłonę tę tworzy sama błona śluzowa, wypuklająca się w miejscu zagnieżdżenia przez rosnące jajo. Zależnie od więcej powierzchownego lub głębszego usadowienia się jaja rozwija się ono jużto do światła trąbki, jużto zupełnie międzymięśniowo, zacieśniając przytem *ad minimum* światło trąbki. Ciąża trąbkowa z więcej powierzchownem zagnieżdżeniem się jaja kończy się zwykle poronieniem; zaś z zagnieżdżeniem głębokiem — pęknięciem ścian trąbki. Zawsze i w każdym przypadku wytwarzają się wszystkie błony doczesne i typowe łożysko. Teorya o złośliwości ciąży trąbkowej jest błędną. Istotnie niejednokrotnie można spostrzegać kosmki łożyska, dochodzące aż do otrzewnej; nie należy jednak tego tłómaczyć w ten sposób, że kosmki te, obdarzone specyalną siłą rozrostu, drążą w głąb, niszcząc ścianę trąbki; lecz przyjąć to, co jest naturalniejsze, że raczej ściana trąbki jest *a priori* cienką i zostaje niejako szybko zużytą przez cały proces wytwarzania się krążenia łożyskowego. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Dr. M. Hertz (Warszawa). **Przypadek ostrej gruźlicy gardzieli u 6-letniego chłopca.** (*Gazeta Lekarska* Nr. 50, 1902). Nawiązując do opisu przypadku, zakończonego zejściem śmiertelnem, kreśli autor obraz tego rzadkiego u dzieci cierpienia. Gruźlica gardzieli u dzieci występuje najczęściej pierwotnie, w postaci bardzo ostrej t. zw. „anginy“ gruźliczej. Główne jej objawy są następujące: ból głowy, gorączka, osłabienie ogólne, nadzwyczaj silne bóle gardła wzmagające się przy połykaniu. Na błonie śluzowej języczka i podniebienia miękkiego drobne, szare gruzełki, wielkości ziarnka maku lub prosa, których rozpad daje powód do tworzenia się owrzodzeń, pokrytych szarobiałą wydzieliną, zawierającą dużo laseczników gruźliczych. Z powodu bólów przy połykaniu chory nie przyjmuje pożywienia nawet płynnego, wytwarza się ślinienie, brzękną gruczoły szyjne i podszczękowe. Później choroba, przenosząc się na krtań, płuca i jelita doprowadza do strasznego wyniszczenia i szybkiego zgonu. Rozpoznanie różniczkowe: przy wycieraniu watą pęcherzyków wyprysku wycieka płyn; pod pęcherzykiem znajdujemy gładką, nieowrzodziałą powierzchnię; przy oczyszczeniu gruzełków gruźliczych występuje krwawienie, lecz zeskrobać ich nie zdołamy. Pleśniawki są więcej rozszerzone, znajdują się również na błonie śluzowej jamy ustnej; gruźlica zaś ogranicza się tylko do gardzieli. Klykciny płaskie mają powierzchnię gładką, bez porównania mniejszy sprawiają ból gardła, równocześnie są inne objawy zakażenia przymiotowego. Naloty błonicze nie dają się zmyć, sprawa przechodzi w krótkim czasie na krtań, gruczoły chłonne obrzmiewają, nim wystąpią objawy ze strony gardzieli; po zmyciu nalotu gruźliczego otrzymujemy typowy obraz gruzełków; przejście sprawy gruźliczej na krtań i nabrzmienie gruczołów występują dopiero po dłuższem trwaniu choroby. Rokowanie jest beznadziejne, przebieg krótki, leczenie objawowe. *Spira.*

Panow. **Gruźlica, wywołana martwymi prątkami gruźliczymi.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny. Dorpat*, 1902). Na podstawie doświadczeń na zwierzętach dochodzi P. do wniosków następujących: zabite i przepłókane wodą laseczniki gruźlicze zawierają substancye trujące, które wywołują u zwierząt powstanie gruzełków. Kształtem i budową drobnowidową gruzełki te nie różnią się od zwyczajnych; doszedłszy do pewnych rozmiarów,

gruzełki ulegają często obumarciu i rozpadowi w części środkowej, następnie rozwojowi wstecznemu i wreszcie zostają zastąpione tkanką łączną. Oprócz gruzełków, martwe prątki gruźlicze mogą wywoływać u zwierząt wysokie stopnie wyniszczenia, nieraz z zejściem śmiertelnem. Miejscowo po wstrzyknięciu podskórnem laseczniki wywołują ropienie. Wobec tych danych obecności w powietrzu prątków Kocha, nawet martwych, nie można uważać za rzecz obojętną i bezpieczną. Objawy, które wywołują martwe prątki gruźlicze, stanowią, zdaniem P., swoistą postać gruźlicy, którą dla odróżnienia od istotnej gruźlicy nazywa on (za przykładem Granchera) „nekrogruźlicą“.
Witold Orłowski (Ptbg.).

Prof. Tawel. **Długa giętka podwójna kaniula tchawicza.** (*Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 5). Znaną kaniulę Königa zmodyfikował T. o tyle, że polecił sporządzić ją z wązkiej tasiemki metalicznej (srebrnej), zwiniętej spiralnie. Kaniula wewnętrzna, sporządzona z tego samego materyału, ma wężownicę skręconą w odwrotnym kierunku. Niepodatny koniec jest bardzo krótki, gdyż mierzy tylko 1 ctm. *Herman.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Woyer. **Działanie ichtarganu w rzeżączkowem schorzeniu części rodnych kobiecych.** (*Klin. therap. Wochenschrift* Nr. 8, 1903). Ichtargan jest to proszek brunatny, bezwonny, zawierający 30% srebra, łatwo rozpuszczalny w wodzie, glicerynie i słabym alkoholu. Używa go autor w zapaleniu rzeżączkowem cewki moczowej, robiąc przestrzykiwania z rozczynu najprzód $^1/_{5000}$, później $^1/_{6000}$, nadto na noc zakłada do cewki pręciki, według następującego przepisu: *Rp. Ichthargani 0·005,*
Olei cacao 5·00,
F. bacil. urethr. N. X.

Przy zajęciu pęcherza robi autor przestrzykiwania rozczynem $^1/_{10000}$, potem — $^1/_{8000}$, nadto wkrapla, rozpoczynając rozczynem $^1/_{1000}$, schodząc do coraz to silniejszego, aż do $^1/_{100}$, a nawet $^6/_{100}$. W ostrem zapaleniu pochwy W. przestrzykuje pochwę rozczynem $^1/_{2000}$, a nadto zakłada na noc tampon, zamaczany w 2% lub 4% rozczynie ichtarganu w glicerynie. Jeżeli cierpienie przeszło na szyjkę maciczną, robi autor takiesame przestrzykiwania, nadżerki pędzluje rozczynem $^1/_2$—1% i znowu zakłada tampon z rozczynem 4% ichtarganu w glicerynie. *P.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół ze zwyczajnego posiedzenia dnia 25 stycznia 1903.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przedstawia kol. Krzyształowicz prywatną pacyentkę z wilkiem pospolitym policzka lewego, leczoną i wyleczoną zupełnie metodą Unny. Obecnie chora od dwóch miesięcy jest w obserwacyi i nie ma śladu nawrotu. Kol. Borzęcki nie zgadza się z kol. Krzyształowiczem, bo w przypadkach wilka wszystkie metody zawodzą. Kol. Krzyształowicz przyznaje, że nawroty wilka zdarzają się prawie systematycznie po zastosowaniu każdej metody, a więc i metody Unny, ale ta ostatnia ma tę wyższość nad innemi, że nie szpeci w tak wysokim stopniu i jeżeli się chory nie zaniedbuje, każdorazowy nawrót w zarodku stłumić pozwala. Kol. Reiss przyznaje również metodzie Unny dobry wynik kosmetyczny, co także podnosi kol. Steuermark.

Następnie kol. Mayzel wygłasza odczyt p. t. »Leczenie poronne rzeżączki«. Leczenie poronne rzeżączki świeżo nabytej nie dało dotychczas dodatnich wyników: środki lecznicze, stosowane w tym celu, okazały się albo niedostatecznymi do zniszczenia doszczętnego gonokoków, lub też wywoływały odczyn o takiem nasileniu, iż o dalszem użyciu ich nie mogło być mowy. Ze względu, iż pomimo używanych od kilku lat w leczeniu rzeżączki t. zw. leków przeciwrzeżączkowych, jak protargol, largina, argonina i t. p., nie poczyniono dotąd spostrzeżeń, do tyczących działania tych środków w zakresie usiłowanego leczenia poronnego, przeprowadził Dr. M. takie leczenie poronne za pomocą $^1/_4$% protargolu w przypadku rzeżączki świeżo nabytej, spostrzeganej na drugi dzień po ostatniem spółkowaniu; 12 wstrzykiwań zastosowano w ciągu 36 godzin, początkowo co godzinę, potem co dwie i co trzy godziny. Chory zatrzymywał lek w cewce po 10 minut i to wystarczyło do zupełnego usunięcia rzeżączki. Przypadek ten spostrzegał prelegent w dalszym ciągu przez 3 tygodnie po wyleczeniu i doszedł na podstawie tego spostrzeżenia do przypuszczenia, że przecież, o ile męzka cewka moczowa znosi częste wstrzykiwania protargolu, fakt ten możnaby wykazać w celu dalszych doświadczeń nad leczeniem poronnem rzeżączki za pomocą częstych wstrzykiwań protargolu. Kryteryum jakieś co do czasu, w którymby takie leczenie przeprowadzić się dało, dalej — co do częstości wstrzykiwań, stopnia zgęszczenia rozczynu leku i t. d., możeby doświadczalnie do pewnego stopnia określić się dało. —

Kol. Borzęcki przyznaje spostrzeżeniu kol. Mayzla ważne znaczenie. Próby tego rodzaju nie są nowe; już Didey robił podobne doświadczenia z azotanem srebrowym, zaniechał ich jednak ze względu na znaczną bolesność, doznawaną przez pacyentów. Dziś Neisser doświadczenia te na nowo zaleca. Pierwotna metoda Neissera wstrzykiwań przedłużonych słabych rozczynów protargolu, trzy razy dziennie po 10 do 30 minut, ustąpić musi metodzie częstych, a krótkich wstrzykiwań tego przetworu. Janet polecił inną metodę przepłókiwań częstych nadmanganezyanem potasowym i metoda ta daje niejednokrotnie zdumiewające wyniki. Naturalnie, jakąkolwiek chciałoby się zastosować metodę, trzeba baczyć, aby rzeżączka była zupełnie świeża i ograniczała się tylko do przedniej części cewki. Kol. Schwarz zaznacza, że doświadczenie kol. Mayzla jest bardzo zachęcające, lecz niestety, tak lekarze prywatni, a jeszcze w większym stopniu lekarze szpitalni i kliniczni, spotykają się rzadko z rzeżączką w okresie zwiastunów, a ci najlepiej mogliby metody te wypróbować. Kol. Żydłowicz dodaje, że azotan srebrowy może również dać doskonałe wyniki, jeżeli się tym przetworem pędzluje cewkę moczową przy pomocy wziernika w zupełnie świeżych okresach rzeżączki. Do pędzlowania używa się rozczynów więcej zgęszczonych do 10%, a nawet 20%, przy czem w 5 do 6 dn. można rzeżączkę zupełnie wyleczyć. Kol. Mayzel, odpowiadając na wszystkie uwagi, zaznacza, że idzie mu o wypróbowanie tylko środków nowszych, jak protargol, largina i t. p., jako leków, używanych w leczeniu poronnem.

Kol. Borzęcki przedstawia chorego ze znacznem skróceniem zanikowem kości śródręcza na tle przymiotowem. Chory, leczony przed 11 laty; stan jego przez następne lata był bardzo dobry, aż przed 3 laty wystąpił bolesny obrzęk w okolicy śródręcza prawego. Podano jod, dzięki któremu obrzęk ustąpił; uległa jednak zanikowi kość śródręcza i obecnie palec środni został skrócony o $1^1/_2$ ctm., wskutek cofnięcia się o tę długość stawu ku śródręczu, co zwłaszcza przy zwinięciu ręki w pięść bardzo wybitnie występuje. Przyczyną tego zaniku kości było niewątpliwie przymiotniakowe zapalenie kości, które mimo bardzo natężonego leczenia, bo chory prócz jodu dostał 45 wcierań i 30 wstrzykiwań sublimatowych, doprowadziło do takiego wyniku. W dyskusyi nad tym przypadkiem wzięli udział wszyscy obecni.

Kol. Reiss przedstawia chorego z liszajem zakaźnym (impetigo contagiosa). Nos, wargi, część policzków i małżowiny uszne pokryte grubymi strupami barwy miodowo-żółtej i równocześnie zostały zajęte błony śluzowe jamy ust. Obie kończyny górne, częściowo dolne, a szczególniej moszna również wybitnie zajęte. Nie widząc twarzy, a tylko resztę ciała i biorąc pod uwagę kończyny górne, zasiane pęcherzami, wypełnionymi przeważnie wydzieliną ropną, możnaby rozpoznawać ostry wyprysk, a na mosznach wyprysk sączący; badanie jednak drobnowidowe, które wykazało paciorkowca i obfite hodowle gronkowców na pożywkach świadczą, że ma się do czynienia z zakażeniem tejsamej natury, tj. przeważnie paciorkowcem. Kol. Borzęcki podnosi, że nieuwzględniając twarzy, a oglądając tylko resztę skóry, trudno myśleć o wyprysku, nie ma bowiem kardynalnych cech tego cierpienia, pęcherze zaś rozrzucone przemawiają przeciw wypryskowi, a za zapaleniem torebek (folliculitis). Kol. Reiss zaznacza, że wypryskowi nie zawsze musi towarzyszyć silniejsze swędzenie, a chyba więcej objawów klinicznych, charakteryzujących wyprysk. jak w tym przypadku, trudno wymagać, są bowiem nader wybitne guzki, pęcherzyki i krosty. zaczerwienienie zaś skóry jest rozlane, a nie ogranicza się tylko do okolicy mieszków.

Dalej przedstawia kol. Reiss chorego z wielokrotnymi bliznowcami skóry (*keloides multipl. cutis*). Cierpienie to skóry zaliczamy do grupy włókniaków; zaznaczyć jednak należy, że budowa histologiczna różni się nieco od budowy włókniaków prawdziwych, mianowicie o tyle, że gdy w włókniakach włókna elastyczne są utrzymane bardzo wybitnie w bliznowcach zanikają częściowo, szczególniej w środkowych częściach guza. W piśmiennictwie znane są dwa rodzaje bliznowców, t. j. prawdziwe, bardzo zresztą rzadkie i następowe, powstające na tle blizny, Prawdziwe są barwy blado różowej, półkuliste i nie dochodzą nigdy większych rozmiarów, nie ograniczają się ściśle do pewnych miejsc, lecz są rozrzucone; przyczyny ich powstawania wykazać nie można i cza-

sami same ulegają zanikowi. Odgrywa tu pewną rolę nieznanej nam natury usposobienie. Rokowanie niepomyślne, bo wycięcie choćby najszersze w zupełnie zdrowej tkance daje tylko chwilowy efekt; zazwyczaj w bliźnie wytwarzają się nowe guzy bliznowcowe. Kol. Steuermark zaznacza, że stanowczo najlepszym środkiem leczniczym w tych przypadkach jest elektroliza.

Następnie przedstawia kol. Reiss chorego z zupełnem zniszczeniem przymiotowem całego nosa wraz z częściami chrzęstnemi i kostnemi, z zajęciem powiek i brwi, ze zmianami na twardówce i rogówce oczów. Jama ustna nie przedstawia szczególniejszych zmian, a tylko blizny po kilakach na podniebieniu miękkiem. Wywiady co do kiły ujemne.

W końcu przedstawia kol. Reiss chorych, znanych z poprzednich posiedzeń, w celu okazania wyników terapeutycznych.

Na tem posiedzenie zamknięto. Sekretarz: *Dr. Pacyna.*

VII. Z historyi trucizn i otruć.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Mimo tych podań o licznych otruciach w starożytnym Rzymie nie przekazali nam współcześni kronikarze żadnych bliższych wyjaśnień co do jakości używanych trucizn tak, że tylko przypuszczać można, iż były one mniej więcej te same, jakich używała Hellada. Zdaniem Ogiera umiano już w Rzymie izolować z dwóch rodzimych siarczków arsenu, zwanych pod nazwą *„sandaraca“* i *„arsenicum“* tak czysty arszenik biały, jak i arsen metaliczny.

W wiekach średnich nie spoczęli truciciele, jak to wynika ze skąpych ówczesnych zapisków. Tak n. p. podał Majmonides, syn uczonego żyda z Kordowy, znany teolog, filozof i lekarz (1139—1208), dokładne przepisy, jakich pokarmów lub napojów należy się wystrzegać, by nie paść ofiarą trucizny. Odradzaniem używania pokarmów o woni czosnku składa on dowód, że znanym był wówczas dobrze ten zapach, wydawany przez arsen. W r. 1384 wysłał Karol Zły, król Nawarry, minstrela Woudrettona na dwór Karola VI, króla Francyi, z poleceniem otrucia zapomocą arszeniku króla, księcia de Valois, jego brata i książąt de Berry, de Bourgogne i de Bourbon, jego wujów. Truciciela rozćwiartowano na placu de Grève. Król duński Waldemar otruł podczas uczty, danej z okazyi zaślubin córki swej z królem norwegskim Haquirem, synem króla szwedzkiego Magnusa, zapomocą zatrutego wina oboje rodziców pana młodego (ojciec dzięki pomocy lekarskiej ozdrowiał); przy tej sposobności otruł się i zmarł syn Waldemara, ponieważ wskutek nieuwagi napił się tego wina. Steno Stuur starszy zmarł otruty przez narzeczoną jego następcy Swantona Stuura, podczas uczty w Söderköping. Wilhelm Connyn, kanclerz szkocki, zmarł podczas uczty wskutek zatrutego puharu, a w Anglii epidemiczną była śmierć z otrucia bliżej nieznanym płynem błękitnym między wielu szlachetnymi i uczonymi mężami w czasie panowania osławionego Ryszarda III. Nawet psy głodzone nie chciały się imać strawy, zatrutej tym płynem.

I z tych czasów, podobnie jak i z dziejów rzymskich, brak nam wiadomości co do używanych podówczas trucizn. Sądząc jednak z pism lekarskich, n. p. najsłynniejszego z arabskich lekarzy Avicenny (980—1037), który górował nad innymi autorami przez długie czasy, mogły to być w części przetwory mineralne, n. p. arszenik *(sandaraca i auripigmentum)*, antymon, cerusa (rozumieć należy węglan i octan ołowiu) itp., w części zaś roślinne, znane już w Helladzie, jak lulek, makowiec, pietrasznica, tojad itd. Avicenna pierwszy stosuje szkło miałko tłuczone, jako środek ściągający, a być może, że to zastosowanie wewnętrzne szkła stało się powodem późniejszych, do dziś jeszcze sporadycznie zdarzających się, tak zwanych mechanicznych otruć zapomocą kawałków szkła; otruciem tem każe n. p. Słowacki ginąć jednemu z bohaterów swoich dramatów (Giani w „Beatryx Cenci“)

Niedokładna znajomość trucizn, sposobów ich działania, zabobony i gusła starożytności, spotęgowane jeszcze w wiekach średnich, a z trudem ustępujące nawet w czasach obecnych pod wpływem ścisłej, doświadczalnej nauki, były powodem wiary w trujące działanie substancyj całkiem nieszkodliwych, lub wiary w zioła i leki cudowne, n. p. obudzające w człowieku uczucie miłości względem osoby przedtem mu obojętnej. I tak posądzano płazy i gady, zresztą dla człowieka nieszkodliwe, o zgubne dlań działanie. Zacchiasz[15]) podaje między innemi, że ropuchy, jak liczne uczą przykłady, wprawiają wyziewem swym spotkanych ludzi przez samo powonienie w stan otrętwienia. Tenże autor twierdzi: *„venena omnia odorata cordis tremorem, capitis dolorem, vertiginem, alia mala afferunt“*. Zdaniu temu nie można zadać kłamu ze stanowiska dzisiejszej nauki, lecz osłabiają je przytoczone dalej dowody na jego poparcie. Tak n. p., powołując się na świadectwo Bruyera *(De re cibaria lib. IX. cap. 12)*, oświadcza, że woń zgaszonej lampy może u kobiet brzemiennych wzniecić poronienie; powołując się zaś na naszego Marcina Kromera *(De reb. Polon. lib. VIII)*, wspomina pewnego biskupa, którego od śmierci z woni róż ocalił Kromer, poczem sam o sobie dodaje *„et mihi quidem albarum (!?) rosarum odor adeo inimicus est, non quod mihi sit ingratus, ut capitis non modicum dolorem illico excitet“*. Tenże sam autor, a podobnie inni mu współcześni, jak Ambroży Paré i F. Fedeli, wierzą, iż trucizny mogą drogą wszystkich zmysłów zabić człowieka *(„homo potest per omnes sensus venenari“)*, a sam o sobie powiada, że ujrzawszy raz tarantulę, doznał silnych i cały dzień trwających wymiotów[16]). Te, przez ówczesnych uczonych głoszone zapatrywania, przechowały się między publicznością do chwili obecnej. To też zdarza się n. p nie raz widzieć na wystawach sztuk plastycznych obrazy, których treścią „śmierć na kwiatach“. Wiara w zabójcze działanie woni kwiatów, utrzymująca się dzięki swemu poetycznemu urokowi, uchodziła jeszcze za dogmat na schyłku wieku XVIII, gdyż nawet tak poważny toksykolog ówczesny, jakim był Gmelin[17]), rozwodzi się obszernie nad zabójczą wonią kwiatów lilii białej, tuberoz, siana, fiołków, bzu i innych, przytaczając rzekome odnośne spostrzeżenia, które, niestety, nie były nigdy poparte sekcyą i innymi sposobami przedmiotowego dochodzenia istotnej przyczyny śmierci. Podobnie i Plenck wierzy jeszcze w zabójcze działanie kwiatów, przytaczając za przykład pewnego żyda, który usnąwszy na worku z szafranem, więcej się już nie przebudził. Z tem wszystkiem

[15]) *l. c.* pag 162.

[16]) Przesąd powyższy jest zdaje się źródłem zabobonu o urokach i uroczliwych osobach.

[17]) Allgem. Geschichte der Gifte. Leipzig. 1776, str. 188.

i w tych fantastycznych zapatrywaniach minionych wieków mieściła się obok baśni prawda. Wszakżeż dziś wiemy, że pewne wonne przetwory działają trująco nie tyle drogą powonienia, ile raczej wetchnięte do płuc, mogą nawet działać zabójczo, n. p. para chloroformu, kwasu pruskiego, arsenowodór (ofiarami jego stali się prof. Gehlen w Monachium i Britton w Dublinie) itd. Zgodne z prawdą, choć i tu przeradzające się w baśń, były zapatrywania, że trucizny mogą wywrzeć działanie swe nie tylko, gdy będą podane do żołądka, lecz także, gdy się je wprowadzi do innych naturalnych otworów i jam ciała, gdy się je zetknie z ranami, powłokami ciała itd. Otrucie *per clysma* uchodziło zrazu za wątpliwe, ponieważ odbytnica stanowi miejsce, którem substancye szkodliwe ustrój opuszczają, ale już Zacchiasz sam wierzy w możliwość takiego otrucia i przytacza na jego poparcie śmierć Carradona, króla Neapolu, otrutego rzekomo drogą enemy przez swego naturalnego brata Manfreda. Jako przykład otrucia drogą powłok skórnych przytaczają autorowie śmierć Heraklesa, wywołaną przez zatrutą krwią Nessusa koszulę Dejaniry; Szekspir mówi przez usta ducha ojca Hamleta o otruciu kroplami blekotu, wlanemi do przewodu usznego itd. Nie pozbawione prawdy są twierdzenia, że otrucie może nastąpić wskutek noszenia zatrutej odzieży, zwłaszcza jeżli się weźmie pod uwagę, że do niedawna jeszcze uważano choroby zakaźne za równoznaczne z zatruciami. To też nie można odmówić słuszności twierdzeniu n. p. Zacchiasza, że trąd, dżuma, suchoty *(phthisis)* i przymiot *(morbus gallicus, lues)* udzielają się przez ubrania. Tem pomięszaniem pojęcia choroby zakaźnej a otrucia trzeba sobie tłómaczyć przekonanie, któremu i Zacchiasz daje wyraz, jakoby niektóre kobiety umiały truć mężczyzn zapomocą obcowania płciowego z nimi. Tenże autor podaje, że Aleksandrowi Wielkiemu ofiarowano w darze dziewczynę, biegłą w truciu zapomocą aktu płciowego, że pewien król Neapolu padł ofiarą takiego otrucia; w dalszym ciągu wspomina on za Schenkiem o podobnem zatruciu pewnego mężczyzny przez prostytutkę, wskutek którego miała się mu na żołędzi utworzyć krosta tak silnie żrąca, że dla ratowania życia musiano mu je odjąć. W objaśnieniu tego przypadku, którąby dziś był rozpoznany jako zgorzelinowy wrzód weneryczny, nadmienia, że niektórzy autorowie *„ex venenata natura“*, inni *„ex gallica lue evenisse“* zmianę tę uważali, jemu zaś przypadek ten wydaje się być podejrzanym. (C. d. n.).

VIII. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił

Dr. Batko.

(Dokończenie).

Dr. Woronow (Kair). *Leczenie chirurgiczne ropni wątrobowych.* Prelegent mówi o 1089 operacyach, wykonanych w ostatnich 25 latach przez 16 lekarzy: z tych było: 95 nakłóć z 60% śmiertelności, 994 szerokich nacięć z 34% śmiertelności. Sposób wykonywania operacyi, przyjęty w Egipcie, nie przedstawia nic szczególnego i z kilkoma odmianami, stósownie do osobistej techniki operatorów, pozostaje taki sam, jak w Europie: droga przeponowa lub otrzewnowa, względnie do umiejscowienia ropnia, poprzedzające nakłócie, aby się upewnić o obecności ropy, nacinanie warstwami, rozległe wycięcie żeber, a niekiedy i chrząstek żebrowych, gdy operuje się drogą przeponową, przyszycie opłucnej lub otrzewnej w braku zrostów, aby przeszkodzić dostaniu się ropy do tych dwóch błon, oczyszczenie jamy ropnia zapomocą przestrzykiwań, lub lepiej jeszcze zapomocą tamponów z gazy wyjałowionej. Łyżeczkowanie, zachwalane przez Fontana, wykonał prelegent dwa razy z dobrym wynikiem i jest za stósowaniem tego sposobu.

Dr. Martin (Pnom-Penh, Kambodz). *Ropnie wątroby w Kambodży.* Martin stósował we wszystkich swoich operacyach systematycznie łyżeczkowanie: sądzi, że zmniejsza ono trwanie choroby i obniża natychmiast ciepłotę. Na 16 zabiegów operacyjnych miał 6 zgonów = 38%.

W dyskusyi zabierają głos Dr. Legrand, Goebel i Wildt, oświadczając się przeciw łyżeczkowaniu i uznając je nawet za niebezpieczne.

Dr. Petridis (Aleksandrya). *O metodycznem badaniu chirurgicznem ropnia wątrobowego w płacie prawym.*

Stosunek niepomyślnych wyników leczenia ropni wątrobowych wynosi według doświadczenia prelegenta 40—50%: jest to następstwem tego, że operacyę wykonywa się za późno z powodu braku wczesnego rozpoznania. Petridis zachwala t. zw. „polypleuro-diaphragmatomię“ poprzeczną, gdyż ona pozwala badać cały płat prawy wzrokiem i obmacywaniem oburęcznem; wykonał on ten zabieg 25 razy, tracąc tylko 5 chorych, t. j. 20%.

Dr. Rigazzi (Kair). *Technika operacyjna ropni wątrobowych.* Prelegent leczył 12 przypadki ropni wątrobowych z 25% śmiertelności. Sądzi, że jeśli śmiertelność po zabiegach operacyjnych z powodu ropni wątrobowych jest jeszcze bardzo znaczną, to dzieje się to dlatego, że do statystyki wliczane bywają przypadki zapalenia wątroby o wielkich ogniskach rozsianych, które nie są ropniami podzwrotnikowymi wątroby.

Dr. Gangitano (Neapol). *Ropień wątroby w następstwie zapalenia podzwrotnikowego. Rzadkie powikłanie pooperacyjne.*

Prelegent operował ropień wątroby u Niemca, 25 lat liczącego, przybyłego z Kamerunu, przyczem odeszło 2 litry ropy barwy czekoladowej. Czwartego dnia po operacyi znalazł opatrunek zakrwawiony, a chory zmarł dnia następnego. Pokazało się, że pień prawy żyły wrotnej otwierał się do jamy ropnia. W piśmiennictwie nie znalazł opisu podobnego przypadku.

Dr. Legrand (Aleksandrya). *Ropień wątroby u dziecka.*

Sądzono długo, że ropnie wątroby u dziecka były osobliwością patologiczną. Prelegent zebrał 109 przypadków, z których 17 wydarzyło się w Egipcie, a 12 nie było dotychczas ogłoszonych. W tej statystyce wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu, że u dzieci przeważają ropnie pochodzenia urazowego, prelegent naliczył 31 przypadków, powstałych w następstwie czerwonki, a tylko 26 urazowych. Reszta powstała w następstwie pasorzytów, duru, ropnicy, gruźlicy, grypy itp. Ropnia wątrobowego u dzieci w następstwie kamicy żółciowej jeszcze nie spostrzegano.

Dr. Wildt (Kair). *»Sectio alta« w leczeniu kamicy żółciowej pęcherza.*

W leczeniu kamieni moczowych należy w Egipcie wychodzić z odmiennego nieco stanowiska, niż w innych krajach: jeśli tam przekłada się kruszenie kamieni, to w Egipcie przeciwnie więcej stosuje się „sectio alta“. Istotnie „sectio alta“ ma swe wskazanie w przypadkach kamieni uwięzłych, jak również u osobników młodych, nadto w przypadkach nadmiernego zwężenia cewki moczowej, przerostu gruczołu krokowego i ciężkiego zapalenia pęcherza, szczególnie powikłanego z zapaleniem nerek. Operacya ta jest także wskazaną w „bilharzyi“ pęcherza, do której to choroby należy odnieść 85% kamieni pęcherzowych, spostrzeganych w Egipcie. W tych przypadkach nie trzeba się zadawalniać wydobyciem kamieni, ale należy równocześnie leczyć zmiany „bilharzyi“, a na to pozwala jedynie cięcie. W pierwszej seryi 100 cięć dwa przypadki zakończyły się niepomyślnie z powodu powikłania z zapaleniem nerek: w drugiej zaś seryi nie stracił żadnego chorego.

W dyskusyi zabiera głos Dr. H. Milton, zaznaczając, że wybór zabiegu zależy od woli chorego i od doświadczenia, a względnie wyboru operatora. Kamienie, które prelegent przedstawia a których waga wynosi 200—300, a nawet 450 grm., zostały wydobyte zapomocą kruszenia na jednem posiedzeniu i operowani zostali wyleczeni. Sądzi, że kruszenie nawet w przypadkach wielkich kamieni może także dać znakomite wyniki.

Dr. Fr. Milton wykazuje, że statystyka 135 przypadków, zebranych przez niego i jego brata, a operowanych zapomocą kruszenia, daje 6% śmiertelności, podczas gdy statystyka „sectio alta“ daje 10%.

Dr. Goebel sądzi, że litotryptory, przeznaczone do kruszenia dużych kamieni, muszą być odpowiednio duże, a uszkadzając cewkę moczową, mogą sprowadzić mimowolne oddawanie moczu; dlatego w takich przypadkach oświadcza się za „sectio alta“.

Sekcya okulistyczna.

Dr. Eloni bey (Kair). *Przyczynek do nauki o zziarnieniu spojówki (jaglicy).*

Prelegent zastrzega się przedewszystkiem, iż odrzuca dla jaglicy nazwę „conjunctivitis granulosa“, ponieważ ziarnina może przebiegać, istnieć i zakończyć się, pozostawiając bliznę, jako piętno swego istnienia, mimo że niema najmniejszego śladu zapalenia. Można rozróżniać dwie postacie ziarniny spojówkowej: w pierwszej, zwanej pojedynczą (zwykłą), ziarnina stanowi sama przez się istotę choroby, w drugiej t. zw. mięszanej, towarzyszy ziarninie przerost brodaweczkowy. Ta druga postać jest też często zwana „granulo-papillosa“. Niektórzy autorowie utrzymują, iż istnieje bezpośredni związek przyczynowy między zapaleniem ropnem oka a jaglicą, innemi słowy, że jaglica powinna się rozpocząć zapaleniem spojówki. Prelegent sądzi, że takie zapatrywanie jest mylne. Istotnie spostrzegał on często jaglicę w samym początku, a nie zauważył żadnej zmiany zapalnej: w każdym jednak razie obecność ziarniny na spojówce usposabia do rozwoju drobnoustrojów ropnych. Co do etyologii, to trzeba podzielić ziarniny na suche i sączące, a ten podział jest bardzo ważny, gdyż ziarnina sącząca jest zaraźliwa, podczas gdy sucha taką nie jest. Zakażenie odbywa się rzadko przez bezpośrednie zetknięcie się, często zapomocą kurzu zakażonego wydzieliną, a częściej jeszcze zapomocą much. Pod względem zapobiegawczym jest ważną rzeczą najpierw oddzielić dotkniętych ziarniną sączącą, a następnie polepszyć warunki higieniczne mieszkańców i zalecać specyalną higienę osobistą, mianowicie co się tyczy pielęgnowania ócz. Autor poczuwa się uprawnionym do zalecania tych środków, widząc, jak od czasu, kiedy został zamianowany inspektorem szkolnym, odsetek jaglicy spadł z 90% na 32% w szkołach wyższych, 45% w szkołach średnich, a 75% w szkołach ludowych, stósownie do tego, czy jego przepisy higieniczne były mniej lub więcej dokładnie wykonane. W tej kwestyi wywiązała się obszerna *dyskusya.*

Dr. Baudry (Lille) podziela zdanie Dra Eloniego, mianowicie co się tyczy braku związku między zapaleniem ropnem, a jaglicą spojówki. Zapalenie ropne może się wikłać z jaglicą, ale nie trzeba go uważać za ostrą postać jaglicy, jak niemniej, nie może ono prowadzić do wytworzenia się jaglicy. W każdym jednak razie trzeba przyznać, że powtarzające się zakażenia usposabiają spojówkę do zakażenia jaglicą i że naodwrót — istnienie jaglicy ułatwia wpływ czynnikom ropotwórczym. Badanie licznych przypadków jaglicy w szpitalach egipskich zdziwiło go o tyle, że łuszczka rogówki jest tu stosunkowo o wiele rzadsza, niż w przypadkach jaglicy, spostrzeganych w Europie.

Dr. Lakah (Aleksandrya) sprzeciwia się zapatrywaniu Dra Eloniego, jakoby pył zakażony był głównym czynnikiem w zakażeniu jaglicą. Jemu się zdaje, że najważniejszem jest bezpośrednie zetknięcie się. W swoich badaniach bakteryologicznych nad czynnikiem swoistym tej choroby, jakkolwiek nie udało mu się wyosobnić jakiegoś zarazka, mógł się jednak przekonać, że czynnik ten nie może żyć w pyle dłużej nad 30 godzin. Sądzi, że pył tylko usposabia do zapalenia, drażniąc spojówkę, ale nie zakaża.

Dr. Jacovides (Aleksandrya) zgadza się z Drem Elonim, że muchy odgrywają w zakażeniu główną rolę. Według jego statystyki szpitalnej i prywatnej, w Aleksandryi jest 75% jaglicy między klasą ubogą, 55% średnią, a 35% zamożną. Co do łuszczki, to spotykał ją w 10% jaglicy, podczas gdy w Europie stosunek ten jest wyższy, bo dochodzi do 40%.

Dr. Csayet (Lugdun). Co się tyczy leczenia jaglicy, to jemu się zdaje, że się nadużywa zabiegów chirurgicznych. Siarkan miedziowy jest lekiem znakomitym i wystarcza w przeważnej liczbie przypadków.

Dr. Chedoni (Kair) zaznacza, że leczenie siarkanem miedziowym jest długie i często nie prowadzi do celu. Leczenie chirurgiczne nie jest według niego tak niebezpieczne, jak sądzą. Oddaje ono znakomite usługi w przypadkach, gdzie środki lecznicze zawodzą.

Dr. Lakah twierdzi, że szczotkowanie ziarniny, które wykonuje od lat 8, dało mu bardzo dobre wyniki, nawet w przypadkach datujących się od 3—4 lat i które opierały się wszelkim zabiegom. Kiedy ziarninie towarzyszy podostre zapalenie spojówek, wykonuje on skaryfikacyę spojówki, poczem przyżega rozczynem glicerynowym siarkanu miedziowego, a gdy nastąpi poprawa, szczotkuje.

Dr. Sameh (Kair) próbował szczotkowania, ale go zaniechał, albowiem, chociaż ono przynosi ulgę chorym, jednak choroby nie leczy. Używa obecnie papainy z kwasem borowym, zmięszanej w stosunku 1: 4 i jest z tego leczenia bardzo zadowolony.

Dr. Eloni. W postaci ziarniny suchej po wykonaniu kantoplastyki, jeśli ta jest potrzebna, odwija powiekę, robi 4—5 skaryfikacyj mniej lub więcej głębokich, stósownie do zmian, następnie pociera krwawiącą powierzchnię watą, namoczoną w rozczynie siarkanu miedziowego i kwasu borowego, a kiedy odczyn zapalny ustał, prowadzi dalej leczenie, pocierając powiekę watą, zamaczaną w 1‰ sublimacie. W postaci sączącej zadawalnia się zakraplaniem azotanu srebrowego 1—2%.

Dr. Chedoni sądzi, że Dr. Sameh nie otrzymał dobrych wyników, lecząc szczotkowaniem, prawdopodobnie dlatego, że zaniedbał leczenia pooperacyjnego, mianowicie nacierania spojówki rozczynem 2‰ sublimatu, co jest może rzeczą ważniejszą, niż samo szczotkowanie.

Prof. Wicherkiewicz (Kraków). Leczenie jaglicy opiera się na zasadzie, że przyżeganie nie powinno być głębokie. Co do kantoplastyki, to jestto znakomita operacya, która znajduje dość częste zastosowanie. W przypadkach ostrego nacieku pocieranie spojówek 1‰ rozczynem sublimatu jest bardzo użyteczne i wywołuje silny odczyn, zdolny do usunięcia ziarniny w krótkim przeciągu czasu. Zresztą jego zdaniem szczotkowanie działa tylko wtedy, gdy rozczyn antyseptyczny dostanie się do warstwy głębokiej tkanki spojówkowej, gdzie się ziarniny usadawiają.

Dr. Baudry. Niepewnej patologii odpowiada także nieustalone leczenie, a ztąd wynika mnogość sposobów leczniczych. Wszyscy jednak zgadzają się z tem, że, jak to właśnie wspomniał prof. Wicherkiewicz, trzeba oszczędzać błonę śluzową i wyrzec się metod, które ją niszczą. Leczenie powinno się zmieniać zależnie od postaci suchej, czy sączącej, rozlanej, czy umiejscowionej. Raz udaje się leczenie ogólne i miejscowe, drugi raz zachodzi potrzeba leczenia chirurgicznego. Nie podziela zdania Dra Gayeta co do używania siarkanu miedziowego: jest ono bolesne, a nie daje wyników pewnych. Woli azotan srebrowy 1%, szczególnie w postaci sączącej.

Dr. Batko, lekarz kwarantany w Suezie.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 2. kwietnia.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego w klinice lekarskiej posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. E. Korczyński mówił »O chorobie Kahlera«. W rozprawach zabierali głos koledzy: Hirsch, Gertler, Seńkowski i Nowak. Następnie kol. Latkowski przedstawił: 1. Chorego z »ophthalmoplegia progressiva«; 2. z syringomyelią; 3. chorego z padaczką połowiczą i 4. chorą z chorobą Raynauda.

Nowy Sącz. Dnia 21 marca b. r. zebrali się lekarze miejscowi w szpitalu powszechnym w celu zawiązania »Nowosądeckiej Sekcyi Towarzystwa lekarzy galicyjskich«.

Po wyjaśnieniu celów i zadań Sekcyi i po omówieniu warunków przystąpienia do Towarz. lek. galic., wybrano zarząd, w skład którego weszli: Dr. Jan Filewicz jako przewodniczący i Dr. Edward Zieliński jako sekretarz.

Następnie kierownik szpitala, Dr. Siedlecki, przedstawił kilka rzadszych przypadków szpitalnych:

I. Chorego z guzem w pachwinie prawej, mającym pozór przepukliny uwięźniętej. Operacya wykazała, że chory ten cierpiał na zapalenie wyrostka robaczkowego i że ropa przebiła się do kanału pachwinowego, tworząc tu bolesny guz z pozorami uwięźniętej przepukliny. Prelegent zaznacza, że w rozpoznawaniu przepuklin uwięźniętych po stronie prawej należy pamiętać i o takiej możliwości przy oznaczaniu istoty guza w tej pachwinie.

Kol. Dr. Ameisen przytoczył podobny przypadek, zakończony śmiercią. Kol Dr. Zieliński wskazał na objawy, które należy mieć na oku, ażeby uniknąć podobnej niepewności, a nawet pomyłki.

II. Chorego, 70-letniego starca, z wodniakiem (*hydrocoele*) urazowym.

III. Mężczyznę żonatego z niedorozwojem (*hypoplasia*) prącia i jąder: długość prącia wynosi 2 cnt., jądra zaś są wielkości migdałów. Mężczyzna ten i jego żona oboje cierpią na kiłę. Żona nie jest już dziewicą, lecz utrzymuje, że jest to następstwo stosunku z innym mężczyzną, gdyż mąż jej nie jest zdolny do obcowania małżeńskiego; mąż zaś utrzymuje, że tak nie jest. W razie sporu sądowego, do którego niezawodnie przyjdzie, trzeba będzie uznać męża, wobec wspomnianego niedorozwoju narządu rodnego, za niezdolnego do stosunku płciowego.

IV. Chorą z wadą serca i marskością wątroby. U tej chorej wykonano od 12 września 6 nakłóć brzucha i wypuszczono kilkanaście litrów cieczy. Po każdem nakłuciu stan serca wzmacniał się i następowało wyrównanie.

V. Chorą z wadą rozwojową narządu płciowego, mianowicie z brakiem pochwy. Przy dwuręcznem badaniu przez odbytnicę i powłoki brzuszne stwierdzono istnienie guza, odpowiadającego powiększonemu trzonowi macicy, wielkości pomarańczy, od którego odchodzi wałeczkowy obrzęk, długości 10 cntm., zmierzający w kierunku odbytnicy, a odpowiadający wydłużonej części pochwowej macicy. Przypadek ten przeznaczony jest do operacyi. *Dr. E. Zieliński.*

* Rodzina ś. p. Dr. Koya ofiarowała cały księgozbiór zmarłego do Biblioteki Towarz. lekar. krakowskiego. Za ten hojny dar składam ofiarodawcom szczere podziękowanie

Dr. A. Wrzosek, bibliotekarz Tow. lek. krak.

* Z »Sprawozdania krajowej Rady zdrowia za rok 1899« dowiadujemy się, że w roku sprawozdawczym zmarło w Galicyi z gruźlicy osób 23,376, z zapalenia płuc 24,517, razem 47,893, t. j. 7,24‰ ludności, a 23,85% ogólnej liczby zmarłych. Najwyższa liczba zmarłych z obu tych chorób w ciągu ostatnich 4 lat przypada na Kraków (13‰), później idzie Lwów (11,5‰).

* Powszechnie się mniema, że śmiertelność dzieci we Francyi jest tak znaczna, że krajowi temu zagraża depopulacya. Tymczasem w lutowym zeszycie »Revista de medicina« oświadcza Dr. Ulecia, że śmiertelność dzieci w Madrycie do 5 roku życia przewyższa śmiertelność w tymże wieku w Paryżu o 10 razy i przypisuje tę przerażającą statystykę lichemu mleku w tej stolicy tak, że na 100 próbek 88 bywa zepsutego i sfałszowanego.

* Między 19 a 24 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (2 gm.), czortkowskim (1 gm.), dobromilskim (3 gm.), horodeńskim (2 gm.), jarosławskim (2 gm.), jaworowskim (2 gm.), kamioneckim (2 gm.), lwowskim (2 gm.), myślenickim (2 gm.), nadworniańskim (1 gm.), przemyskim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), rawskim (2 g.), rohatyńskim (1 gm.), samborskim (2 gm.), skałackim (1 gm.), śniatyńskim (6 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tarnowskim (2 gm.), tłumackim (1 gm.), złoczowskim (2 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień X (8—14—III). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 5, urodziło się dzieci 53, zmarło osób 50, mianowicie: z gruźlicy 14 (7 zam.), z zapalenia płuc 6, z duru brzusznego 1, z cholery niemowląt 2

Mianowania i odznaczenia. Dr. Bruns, kierownik szpitala dziecięcego w Hanowerze, otrzymał tytuł profesora.

Nekrologia. Dr. Feliks Kraetschmar, lekarz zakładu sierót i ubogich w Drohowyżu, weteran z r. 1863, zmarł d. 24 marca. Prof. Bottini, sławny chirurg włoski, zmarł w San Remo. Dr. Crisafulli, prof. kliniki lekar., zmarł w Messynie. Dr. Thomas, prof. położnictwa, zmarł w Nowym Yorku. Dr. Carus, prof. zoologii, lat 70, zmarł w Lipsku. Dr. Wacław Bajerkiewicz zmarł w Przedborzu (gub. Radomska), w wieku lat 34 D. Julian Bieniecki, lat 74, zmarł w Grodnie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 12. Cykowski: Przyczynek do nauki o włókniakach i włókniako-mięśniakach pochwy. Hallé i Motz: O gruźlicy cewki przedniej (dok.). Bucelski: Cierpienia układu mózgowo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Jacksona i bezwład postępujący (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 12. Steinhaus: Przerosty ogniskowe w wątrobie jako następstwo ostrego żółtego zaniku. Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w r. 1901. Weissberg: Jeszcze jeden przypadek cięcia cesarskiego sposobem Fritscha z pomyślnem zejściem, dokonanego przez Dr. Jurowskiego.

— *Zdrowie* Z. 4. Dobrzycki: 1) Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem. 2) »Therapia palace« — zakład przyrodoleczniczy Dr. Ebersa na kroackiem pobrzeżu pod Cirkwenicą. 3) Kolonia zdrowotna dla słabowitych dzieci w Brzegach. Puławski: Sprawozdanie lekarskie z zakładu leczniczego w Nałęczowie za r. 1902.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 3. Hála: Vzácný projev příjice v očích novorozence. Chvojka: O gynaekologické masáži.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 12. Weigner: Význam váhy mozkové u člověka. Vobr: Mořské a horské podnebi; mořská a minerálni lázeň. Schwarz: V jakém vzájemnem percentualnim poměru naskytaji se rozličné tvary bočitosti páteře?

— *La Presse médicale* Nr. 23 Klippel i Vigouroux: Zapalenie naczyń wątrobowych i niewydolność wątroby z objawami akromegalii. Labbé: Wyskok, jako czynnik pożywienia i czynnik zatrucia. Wyskok i likwory.

— Nr. 24 Tremolières: Wstrzykiwania rtęciowe śródmięśniowe w przymiocie. Borne i Vadam: Bakteryologia i histologia moczowa. Technika mikroskopijna i klinika

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 12. Osmotyczne ciśnienie ludzkiej żółci. Schlossmann: Znaczenie badań kalorymetrycznych dla celów klinicznych. Eckstein: Terapeutyczne wyniki wstrzykiwań stwardzonej parafiny w chirurgii Nirenstein i Schiff: Oznaczanie pepsyny metodą Mettego i potrzeba modyfikacyi tego oznaczania dla celów klinicznych. Ewald: Uwagi nad poprzedzającym artykułem.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 13. Pick: Lokalizacyjno-rozpoznawcze znaczenie odruchu łechtania w chorobach mózgowych. Raimann: Etyologia porażenia postępującego. Haberer: Kazuistyczny przyczynek do operacyjnego leczenia ropnego zapalenia błon mózgowych. Damianos: Ropne zakrzepowo-żylne zapalenie zatoki jamistej w następstwie próchnicy zębów. Fuchsig: Etyologia i patologia ropni przegrody nosowej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 12. Becker. Przyczynek do urazowego niepowikłanego zwichnięcia wyprostnych ścięgien palców. Albert: Rozszerzenie pochwy przy uwięźnięciu tyłozgiętej macicy ciężarnej. Kraus i Schmidt: Czy dodanie siarczynu sodowego do siekanego mięsa może być uważane za sfałszowanie? Mühlig: Przypadek miąższowego zapalenia nerek na tle przymiotu Seitz: Przyczynek do wyłuszczenia torbieli nerkowych. Neuburger: Krótkowzroczność z powodu cukrzycy. Enderlen: Leczenie przedziurawienia i rozerwania pęcherzyka żółciowego. Langendorff: Historyczne uwagi nad metodą przedłużania czynności serca u ciepłokrewnych Ebstein: O grypie. Klein: Operacyjne leczenie raka macicy ciężarnej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 13. Westenhoeffer: Przypadek gruźlicy powszechnej prosówkowej po poronieniu. Rosenfeld: Wydzielanie lotnych kwasów tłuszczowych z moczem. Wenzel: Nadłonowa cystostomoza podług Witzela i jej teraźniejsza uproszczona technika. Herzog: Tętniące wstrząsanie głowy (objaw Musseta). Cohnheim: Wymoczki w żołądku i w jelitach człowieka i ich znaczenie kliniczne (dok).

Redakcya otrzymała. Bebla: Die pflanzenparasitäre Ursache des Krebses und die Krebsprophylaxe.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.